Nr. 35. 28. sierpnia 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

S. LIEBHARDT i W. GRABOWSKI. Lwów.

Histerosalpingografja w ginekologji.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. K. (dyr. Prof. Dr. Bocheński) i II kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. (dyr. Prof. Dr. Rencki).

Granice wskazań do stosowania histerosalpingografji.

Wstęp.

Histerosalpingografja, jako jeden z pomocniczych zabiegów rozpoznawczych, uzyskała prawie jednomyślnie prawo obywatelstwa w diagnostyce schorzeń i zmian narządu rodnego. Stało się to dopiero ostatnio po przejściu wielu mniej lub bardziej udatnych etapów w technice samego zabiegu jak i w doborze jakości płynu kontrastowego, potrzebnego do zdjęć rentgenowskich. Nie wdając się w szczegółowy opis historji powstania i rozwoju histerosalpingografji [1]) ograniczymy się tylko do stwierdzenia faktu, że po niezupełnie zadawalniających doświadczeniach, poczynionych z całym szeregiem płynów kontrastowych jak: kolargol, bromek sodu, argyrol, bizmut, umbrenal i cytrynian toru rozpoczęto stosować z bardzo dobrym skutkiem (Carlos Heuser 1921 r.) oleisty związek jodu pod nazwą lipjodolu w Ameryce i Francji, a jodipiny w Niemczech. Doświadczenie z temi środkami, które zresztą są prawie identyczne, stanowi punkt zwrotny w rozwoju histerosalpingografji.

W Klinice lwowskiej posługiwaliśmy się obu preparatami, jednakże z dużą przewagą jodipiny, przyczem nie zauważyliśmy żadnych zasadniczych różnic tak pod względem klinicznym, jak i rentgenologicznym. Stosując ponadto rozmaite stopnie stężenia tych preparatów, doszliśmy do przekonania, że najbardziej nadająca się jest 40% jodipina, ponieważ daje najostrzejsze obrazy. Na podstawie naszych doświadczeń nie możemy podzielić obaw pewnych autorów (Bajoński), którzy uważają, że 40% roztwór płynu kontrastowego jako za gęsty, ma za słabą zdolność penetracyjną. Gęstość tego preparatu zależy raczej od składnika oleistego aniżeli od stopnia stężenia jodu.

Zanim przystąpimy do omówienia techniki i rozpatrywania osiągniętych wyników — musimy zastanowić się przedewszystkiem nad tem, czy zabieg ten może być szkodliwy dla osoby badanej. Sprawa ta bowiem była i jest jeszcze dotąd przedmiotem rozważań wszystkich, którzy się tą metodą zajmują. I aczkolwiek garstka sceptyków zmalała już do minimum, postaramy się w krótkości odeprzeć wszelkie ewentualne zastrzeżenia co do bezpieczeństwa histerosalpingografji (hs).

1) Najważniejszem niebezpieczeństwem, które teoretycznie rzecz biorąc, może zagrażać badanej osobie, jest możność zakażenia, a to przez przeniesienie drobnoustrojów chorobotwórczych z pochwy do macicy, trąbek a wreszcie do otrzewnej przy pomocy płynu kontrastowego. Doświadczenia nasze poczynione w ciągu 4 lat na przeszło 200 przypadkach, w których nie zanotowaliśmy ani jednego wypadku poważniejszych powikłań zapalnych po hs. — przemawiają przeciw wszelkiej obawie pod tym względem. Wyniki takie uzyskać można jednak tylko przez odpowiedni dobór przypadków, jak i przez przestrzeganie ścisłych warunków w czasie wykonywania tego zabiegu. Za kardynalny warunek uważamy zbadanie przed zabiegiem stopnia czystości wydzieliny pochwy i szyjki macicy. Na wypadek znalezienia zanieczyszczenia pochwy lub szyjki ponad II stopień staramy się uprzednio wyleczyć i poprawić florę pochwy, poczem dopiero wykonujemy hs.

Niemniej ważną kwestją jest dobór odpowiednich przypadków, jako też ścisłe określenie granic wskazań do stosowania hs. W przypadkach, w których stwierdzić można jakieś zmiany zapalne, specjalnie w zakresie przydatków, uważamy za wskazaną dużą ostrożność i dokładne rozpatrzenie kliniczne przypadku. Nie znaczy to, abyśmy zrzygnowali zgóry z wszystkich tych przypadków, w których narząd rodny jest obarczony jakiemiś zapalnemi zmianami. Rozstrzygające dla tej kwestji znaczenie ma ustalenie faktu, czy zmiany zapalne są świeże, czy też przewlekłe. W tym celu — poza danemi anamnestycznemi i obrazem klinicznym — wykonywane niejednokrotne badanie opadania krwinek może nam dać pewne wskazówki. Nic też dziwnego, że przy tego rodzaju ostrożnem postępowaniu nie mieliśmy dotychczas żadnych godniejszych uwagi powikłań.

Notowane w piśmiennictwie powikłania (Odenthal, Haselhorst, Hellmuth, Rubin), z któremi dostatecznie zresztą rozprawił się Zawodziński [2]) mają najprawdopodobniej swoje źródła w nieprzestrzeganiu wymienionych przez nas warunków zwłaszcza, że autorowie ci na żadnem miejscu o nich nie wspominają.

Z zagadnieniem niebezpieczeństwa zakażenia łączy się ściśle kwestja bakterjobójczości jodipiny. Aczkolwiek w powyższej sprawie panują narazie zdania dość rozbieżne, to jednak stwierdzić należy na podstawie ostatnich badań (Neuswanger, Archibald i inni), że jodipina nie posiada wcale własności bakterjobójczych lub tylko w nieznacznej mierze, a to ze względu na wyjątkowo powolne jej wchłanianie. Dla tych samych powodów nie ma zupełnie działania drażniącego (Zawodziński).

2) Niebezpieczeństwo pęknięcia trąbek, możliwe jeszcze podczas przedmuchiwania, tutaj jest zupełnie nieaktualne. Przedewszystkiem jodipina przedostaje się do trąbek nawet pod znacznem ciśnieniem daleko wolniej i trudniej, aniżeli gaz lub powietrze w czasie persuflacji ze względu na gęstość i oleistość płynu kontrastowego. Ponadto ciśnienie, jakiego używamy podczas wlewania płynu, jest bardzo nieznaczne, o czem zresztą będzie mowa poniżej w rozdziale o technice samego zabiegu. Jak dotychczas, nie doniesiono znikąd o jakimkolwiek wypadku pęknięcia trąbki po hs.

3) Niebezpieczeństwo zatoru, już teoretycznie rzecz biorąc, jest prawie niemożliwe, w związku z tem, co wyżej powiedziano. Doświadczenie Claude Béclèra i Gregoire'a wskazywałoby na to, że dostanie się lipjodolu do naczyń jest dopiero możliwe przy ciśnieniu od 400 do 500 mm słupa rteci.

4) Obawa przed wytworzeniem się zlepów otrzewnowych wskutek złej i powolnej resorbcji jodipiny, prowadzących do t. zw. *peritonitis adhaesiva*, jest teoretycznie i klinicznie uzasadniona. Są to jednak powikłania zupełnie niewinne bez groźniejszych następstw. Pewnem powikłaniem są również złogi jodipiny na otrzewnej, nadto powolnie się resorbujące resztki jodipiny w niedrożnych trąbkach, imitujące nieraz nawet guzy przydatków.

5) Niebezpieczeństwo intoksykacji przez gwałtowne wchłanianie się jodu jest nie do pomyślenia w związku z tem, co zostało uprzednio powiedziane o niezwykle wolnej resorbcji płynu kontrastowego.

Wszystkie inne następstwa hs. jak nieznaczne bóle, uczucie ciągnienia w bokach i drobne podwyżki ciepłoty mają charakter wybitnie przejściowy.

Odnośnie do zmian w miesiączkowaniu po hs., poczyniliśmy nieco odmienne doświadczenia od spostrzeżeń Zawodzińskiego. Obserwowaliśmy bowiem w przeważnej liczbie przypadków opóźnienie perjodu, a tylko w kilku obfitsze krwawienia. Różnice spostrzeżeń mają niewątpliwie związek z czasem wykonania hs. odnośnie do cyklu miesiączkowego, o czem będzie zresztą później mowa.

Technika.

Zagadnienie techniki histerosalpingografji streszcza się w dwóch zasadniczych pytaniach: czy wlewać płyn kontrastowy do macicy z równoczesnem zamknięciem czyli *„á col fermé"*, jak to określają Francuzi, a co za tem idzie pod pewnem ciśnieniem, czy też *„á col ouvert"*, to jest bez uszczelnienia szyi i bez użycia ciśnienia. Kwestja bowiem, jakiego używać należy instrumentu z pośród wielu polecanych, jest, naszem zdaniem, zupełnie obojętna. Każdy instrument jest dobry, o ile zabieg ten wykonuje się według zasad, o których poniżej będzie mowa. W Klinice lwowskiej używamy kanjuli Brauna, skombinowanej z odpowiednią strzykawką.

[1]) Obszernie w piśmiennictwie polskiem omawiają: Zawodziński, Śliwiński, Sołtysik, Zawadowski, Seidler i Lenartowski.

[2]) Ginekol. Polska.

Początkowo stosowaliśmy w kilkunastu przypadkach podwójne zdjęcia z pomocą obu metod. Doświadczenia te wykazały ponad wszelką wątpliwość wyższość metody z uszczelnieniem, zwłaszcza w przypadkach badanych na drożność jajowodów; w obrazach tych ostatnich po uszczelnieniu szyi znajdywano trąbki drożne, czego nie było przy braku zamknięcia szyi. Dzieje się to dlatego, ponieważ płyn kontrastowy wlewany do macicy nawet bardzo delikatnie, wznieca jako ciało obce skurcze mięśni, które powodują znowu odpływ tego płynu zpowrotem przez nieuszczelnioną szyję do pochwy. Macica ma bowiem początkowo tendencję do wypróżniania się raczej do pochwy aniżeli do trąbek. Przy zamknięciu zaś szyi odpływ płynu może nastąpić tylko drogą trąbek.

Uszczelnienia szyi dokonywujemy zapomocą trakcji, zaciskając nią część pochwową dookoła wprowadzonej kanjuli. Używanie w tym celu sond z konicznem zakończeniem uważamy za nieodpowiednie, jako że długość szyi w każdym przypadku jest rozmaita, a przez to jedna długość sondy jest niewystarczająca. Zastrzeżenie to nabiera specjalnej wagi po bliższem poznaniu techniki wprowadzania kanjuli do szyi macicy. Uważamy bowiem, że kanjuli nie powinno się wprowadzać do jamy macicy, a w pewnych przypadkach należy nawet unikać przejścia samego *isthmus*. (np. wczesna ciąża).

Płyn kontrastowy wlewamy do macicy wolno i pod minimalnem ciśnieniem przeciwnie jak wielu autorów, przewidujących górną granicę nawet do 300 mm słupa rtęci (C l a u d e B é c l è r e). Wychodzimy bowiem z założenia teoretycznego, potwierdzonego przez spostrzeżenia, poczynione pod ekranem, że dostawanie się płynu do trąbek dokonuje się wskutek skurczów macicy, wciskających zawarty w jamie macicy płyn do trąbek niezależnie od ciśnienia użytego podczas wstrzykiwania. Uważamy nadto, że wlewanie płynu kontrastowego pod ciśnieniem powoduje raczej odwrotny skutek do zamierzonego, wywołuje bowiem skurcz spastyczny mięśni okrężnych trąbki w jej części domacicznej, przez co płyn nawet do zupełnie drożnych trąbek nie przechodzi. Stąd prawdopodobnie powstała myśl o istnieniu zwieraczy ujść macicznych jajowodów, które naszem zdaniem są niczem innem, jak tylko wyżej wspomnianemi mięśniami okrężnemi, które znajdują się właśnie w okolicy domniemanych zwieraczy.

Z uwagi na powyższe założenia nie uważamy, aby do techniki wlewań p. k. był potrzebny manometr, mierzący ciśnienie, pod jakiem wlewa się ten płyn, dlatego też obecnie do zdjęć naszych manometru nie używamy.

Ilość płynu kontrastowego, którą należy użyć do wykonania zdjęcia jest bardzo rozmaita, zależnie od przypadku. Jeżeli mamy do czynienia z atoniczną (Ryc. 2.), a więc rozciągliwą macicą, np. ciężarną — ilość płynu musi być znacznie większa od ilości, użytej do macicy dobrze się kurczącej o ścianach elastycznych. Przeciętnie wystarczy około 5 cm^3, a w ciąży od 10 cm^3 w górę.

Wprowadzenie p. k. winno zasadniczo odbywać się w pracowni rentgenologicznej po ułożeniu chorej na stole do zdjęć lub prześwietlań. W wielu jednak przypadkach jest to niemożliwe lub bardzo trudne. To też musimy uciekać się niejednokrotnie do wypełniania macicy na stole ginekologicznym w innej sali i następnie przenosimy chorą do pracowni rentgenologicznej. Zasadniczo uważamy za najwłaściwsze napełnianie macicy pod kontrolą ekranu, jakkolwiek nastręcza ono pewne trudności. Układamy badaną na trochoskopie, wprowadzamy kanjulę do szyi macicy, a następnie śledzimy uważnie przebieg wypełniania macicy płynem kontrastowym. Ten sposób badania, niezbędny przy wszelkich badaniach rentgenologicznych, pozwala nam obserwować sposób posuwania się p. k., pozwala obrać odpowiedni moment do wykonania zdjęcia, a co najważniejsze, widzieć zachowanie się macicy w przebiegu wypełniania, rozwijania się jej światła w różnych okresach, przechodzenie przez jajowody, aż do wolnej jamy otrzewnowej. Klisza utrwala bowiem poszczególne momenty, których dobór winien być uskuteczniany przez histeroradjo-skopję. Należy tu również podnieść i tę okoliczność, że skopja pozwala nam wypełnić jamę macicy odpowiednią ilością p. k., co jest rzeczą bardzo ważną, jako że zbyt silne wypełnienie jamy macicy może pokryć obraz widoczny przy słabszem wypełnieniu. Jakkolwiek jesteśmy najzupełniej przekonani o wartości wypełniania pod ekranem, jednak nie uważamy je za konieczne w przypadkach, w których chodzi o wykazanie drożności trąbek, gdyż dostateczną miarę dla zorjentowania się o zupełnem wypełnieniu się macicy stanowi czucie operatora, który po ciśnieniu i ewentualnym oporze podczas wstrzykiwania może osądzić stopień wypełnienia macicy.

Przejście bezpośrednie od prześwietlania do zdjęcia bez poruszania badanej wymaga specjalnych urządzeń, a to ruchomej przesłony Ake Akerlunda lub Potter-Bucky'ego pod stołem do prześwietlań.

Zdjęcia rentgenowskie wykonujemy zwykle w dwóch pozycjach:

1) w pozycji leżącej na grzbiecie, przyczem promień centralny przechodzi prostopadle do kliszy w linji środkowej ciała dwa palce powyżej spojenia łonowego (filmy 24 × 30 lub 18 × 24);

2) w pozycji niezupełnego profilu (Béclère Henri). Badana leży na boku, lekko tylko pochylona ku tyłowi. Uda lekko zgięte. Promień centralny przechodzi prostopadle dwa palce poniżej grzebienia kości biodrowej strony nieprzylegającej do płyty. Wszelkie zdjęcia wykonywaliśmy, używając przesłony Ake Akerlunda, która przez wykluczenie promieni rozproszonych i wtórnych pozwala na otrzymanie wyraźnych kontrastowych obrazów. Filmy zaopatrzone były w ekrany wzmacniające dla skrócenia czasu naświetlania, który w naszych warunkach — przy użyciu 40 milliamperów wahał się od 2½ do 4½ sekund, zależnie od tuszy badanej.

Zdjęcia w pozycji 1) są zdjęciami zasadniczemi, które wystarczają w większości przypadków. Tam jednak, gdzie zależało nam na tem, aby zdać sobie dokładnie sprawę ze stosunków przestrzennych (guzy, ciąża, przemieszczenia), wykonywaliśmy zdjęcia także z profilu.

Większość autorów, zwłaszcza francuskich, radzi zabieg ten uskuteczniać tylko w zakładach. Z powodu stałego braku miejsca w klinice dokonujemy h. s. przeważnie ambulatoryjnie. Mimo to nie mamy do zanotowania żadnych ważniejszych powikłań poza jednym przypadkiem z przejściowemi objawami podrażnienia otrzewnej. W czasie wykonywania zabiegu nie stosowaliśmy żadnego znieczulenia. W kilku tylko przypadkach, w których nie można było wprowadzić kanjuli bez uprzedniego rozszerzenia szyi rozszerzadłami Hegara, stosowaliśmy czopki z morfiny lub zastrzyki skopolaminy.

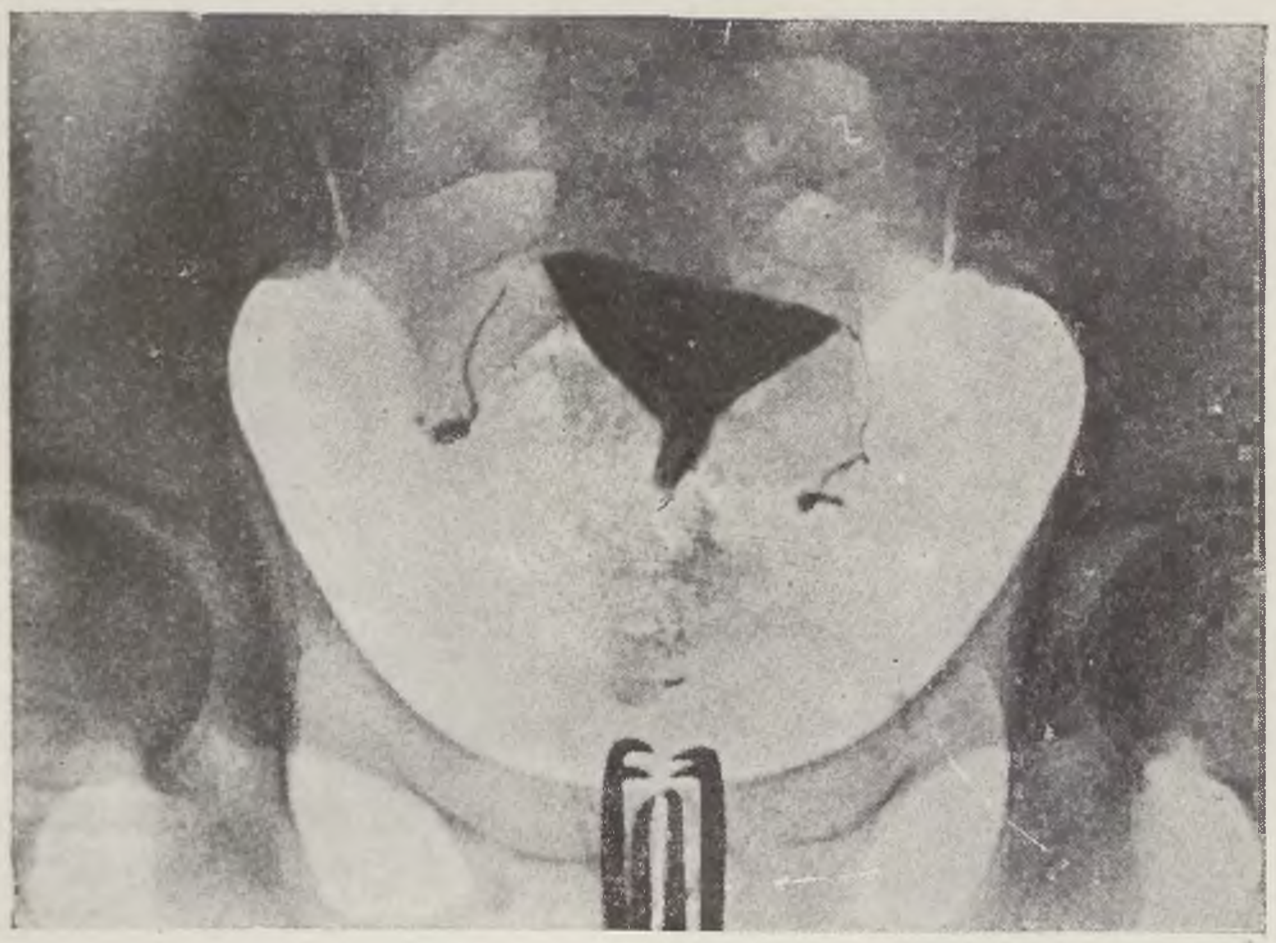
Ważną rzeczą dla udania się zdjęcia jest odpowiedni wybór czasu odnośnie do cyklu miesiączkowego. Najniekorzystniejszym momentem do zbadania macicy jest okres przedmiesiączkowy, w którym są bardzo małe widoki przepchania p. k. do trąbek, a przez trąbki do jamy brzusznej. Natomiast najstosowniejszą porą do stwierdzenia drożności trąbek jest czas mniej więcej 7 dni po miesiączce (Douay). Przestrzeganie tego terminu, w którym winno się robić odpowiednie zdjęcia, uważamy za rzecz bardzo ważną, a niestosowanie się do tych — zdaniem naszem — jest przyczyną wielu pomyłek diagnostycznych i fałszywych wniosków.

Wyniki rozpoznawcze.

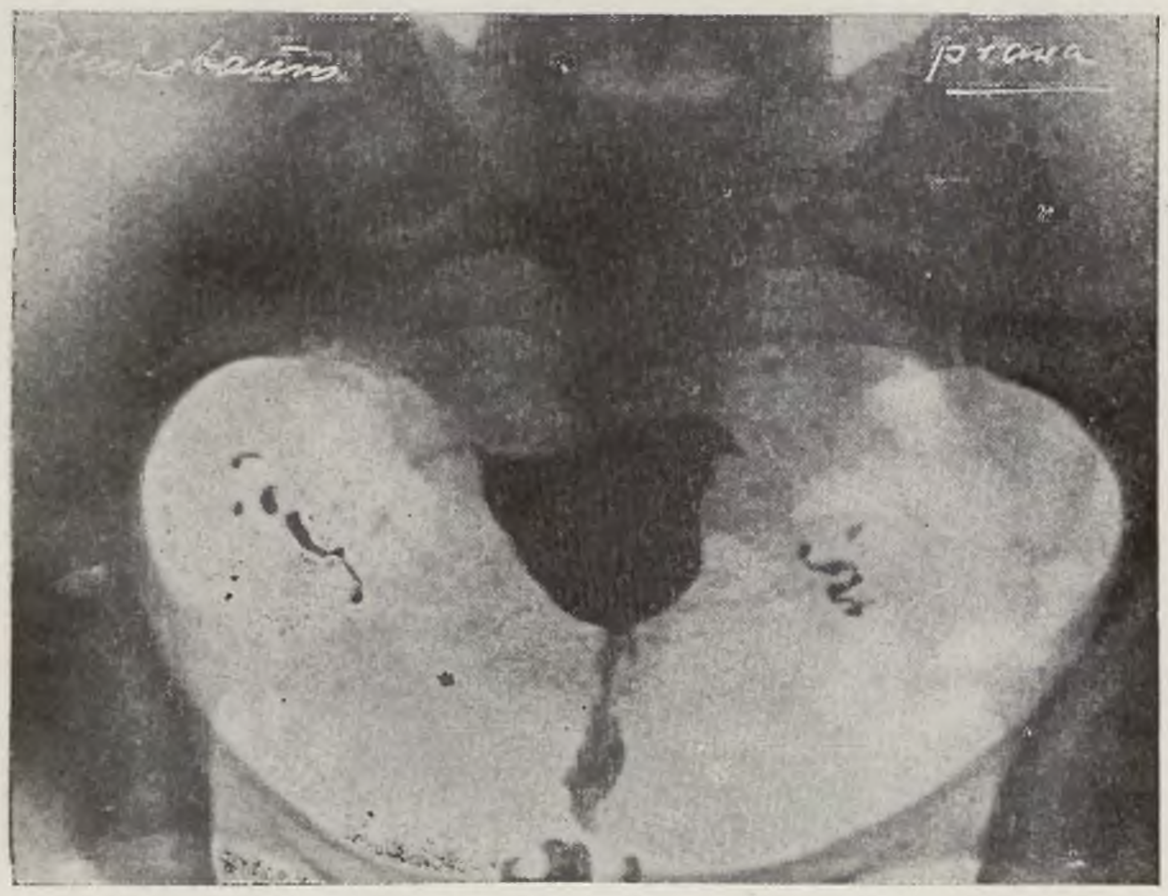
Chociaż technika wykonania h. s. jest stosunkowo prosta i łatwa, to jednak interpretacja zdjęć utrwalonych na kliszy niejednokrotnie jest trudna i skomplikowana.

Hs. daje możność lepszego poznania morfologji, rozwoju i własności czynnościowych narządu rodnego. Zagadnienie perystaltyki i antyperystaltyki trąbek, zwieraczy jajowodów, rodzaju i jakości skurczów macicy, dopiero od czasu rozwoju hs nabiera odpowiedniego naświetlenia. Interpretacja rentgenogramów winna być bardzo oględna i wymaga dużego doświadczenia, a przedewszystkiem znajomości zmiennego obrazu prawidłowej macicy i jej przydatków. Obraz macicy widziany na kliszy lub przy prześwietleniu jest odlewem jamy macicy, jest obrazem wypełnienia. Zależnie zatem od ciśnienia wprowadzonego płynu może on wykazać pewne zmiany nawet w warunkach prawidłowych.

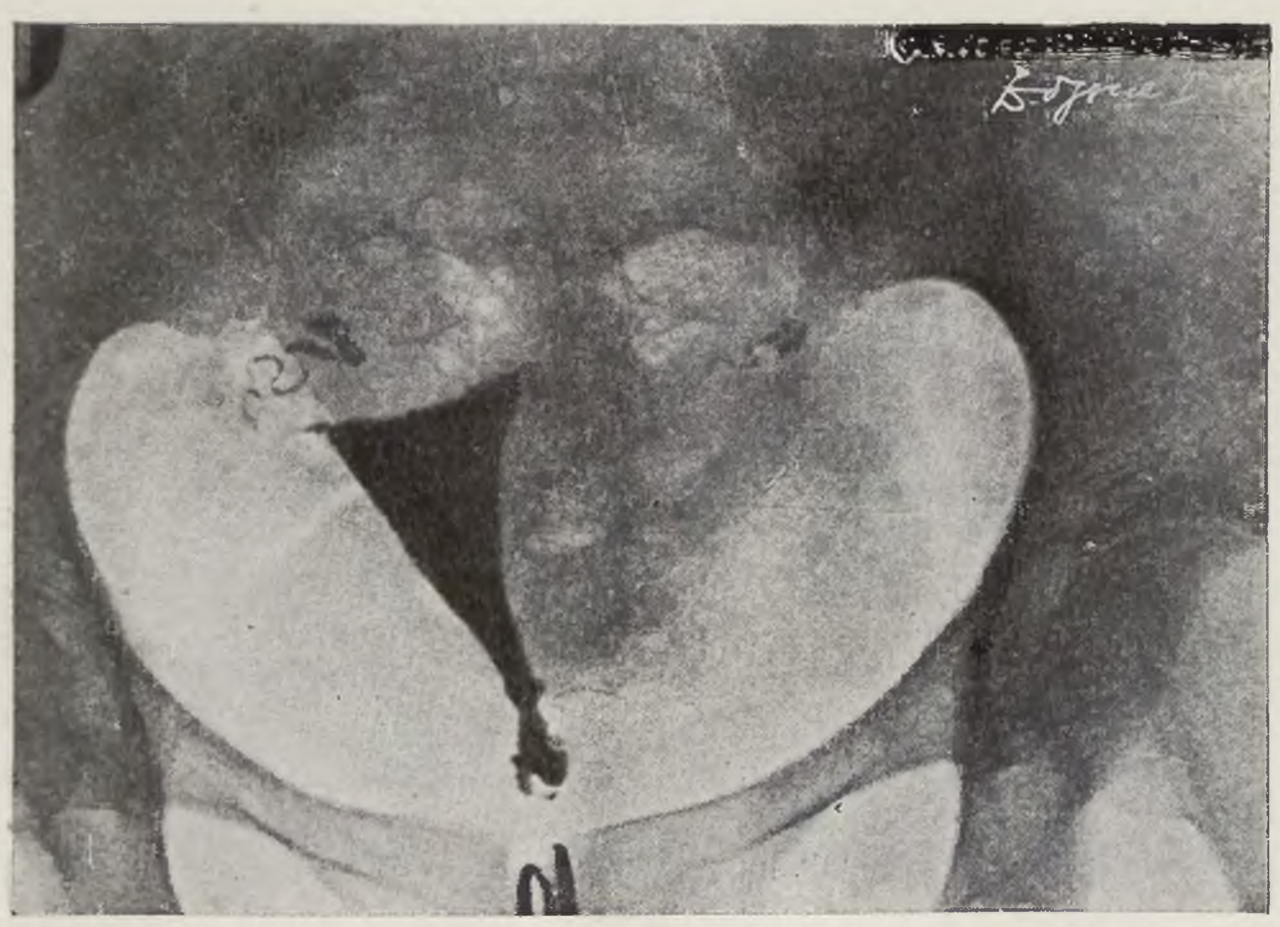
Jak wiadomo, jama macicy prawidłowej przedstawia się po wypełnieniu substancją kontrastową w rzucie na płaszczyznę kliszy lub ekranu, jako cień trójkątny podstawą zwrócony ku górze (Ryc. 1). Boczny kontur tego trójkąta zwyczajnie prostolinijny lub nieco wklęsły, może przy użyciu większego ciśnienia, — zwłaszcza gdy istnieje pewna zwiększona podatność ścian, — stawać się bardziej wypukłym (Ryc. 2.). Wszelkie zmiany w położeniu macicy zmieniają odpowiednio obraz rzutu cienia wypełnionej jamy macicy. Obok pochyleń ku bokowi (Ryc. 3.) łatwo dostrzegalnych na kliszy, możemy obserwować zmiany kształtu cienia wywołane przez pochylenie ciała macicy w kierunku przedniotylnym. I tak w antefleksji widoczne jest wydłużenie podstawy trójkąta, jaki tworzy macica elipsowata. Pouczającym jest tu obraz otrzymany przy rentgenografji w pozycji bocznej. Trąbki prawidłowe tworzą delikatne, wąskie, kręte pasma, wychodzące z rogu trójkąta, których długość waha się od 7 do 10 cm. Niekiedy substancja kontrastowa wypełnia je niejednolicie, tworzy przerwy lub daje obraz sznurka korali. W wielu przypadkach w miejscu odejścia jajowodów widoczne jest przewężenie, wywołane przez opisany przez różnych autorów zwieracz trąbkowy. Zależnie od spraw patologicznych, rozwijających się w świetle macicy, obraz wypełnienia jamy macicy ulega zmianom.



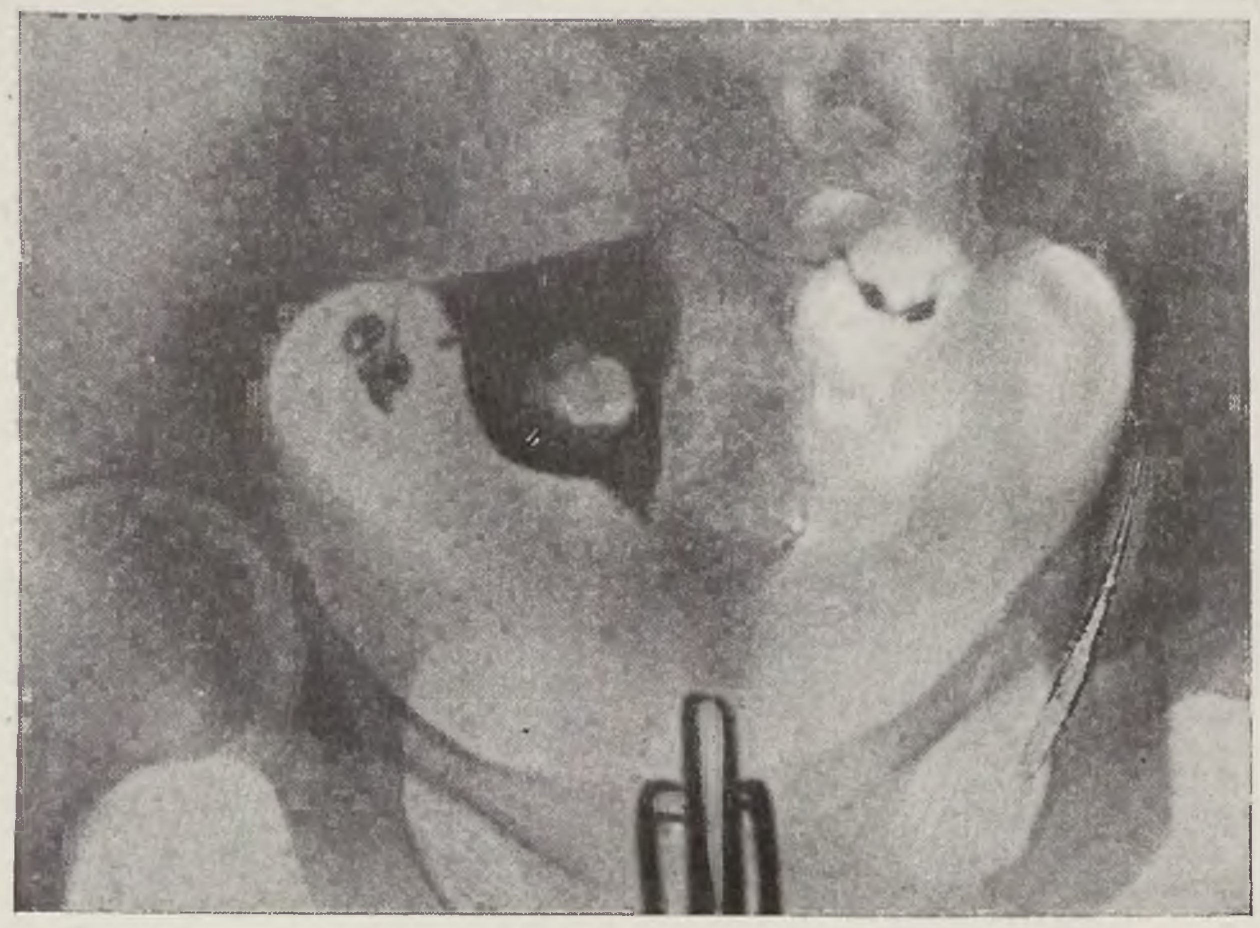
Ryc. 1.
Z. S. lat 23. Prawidłowy kontur macicy, trąbki drożne obustronnie w całym przebiegu aż do części bańkowej.



Ryc. 2.
B. S. lat 36, wieloródka. Charakterystyczne rozdęcie cavum uteri atonicznej macicy.



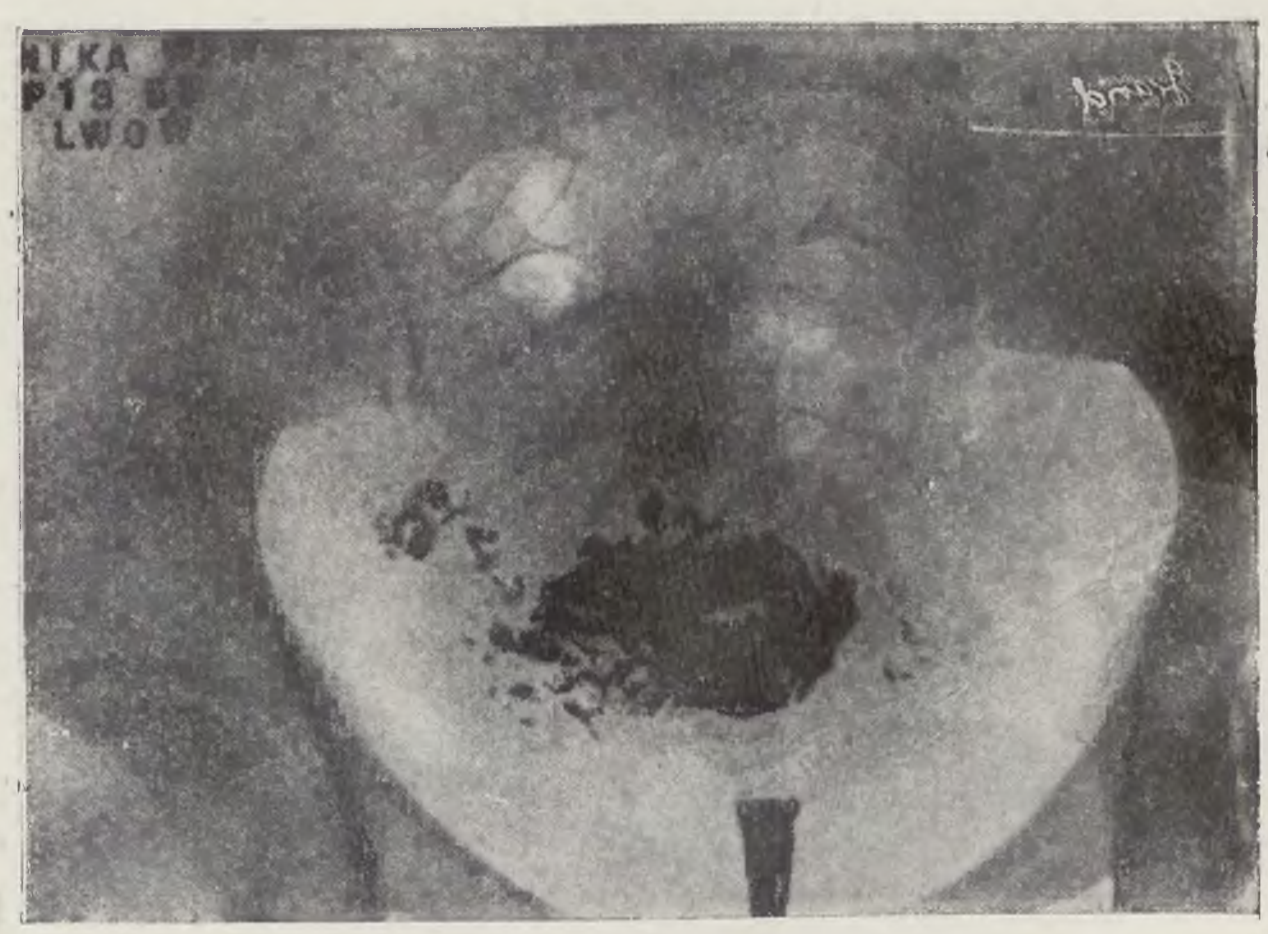
Ryc. 3.
Obszerna jama macicy, pochylona na stronę lewą. Po stronie prawej widoczny wyraźnie zwieracz trąbkowy.



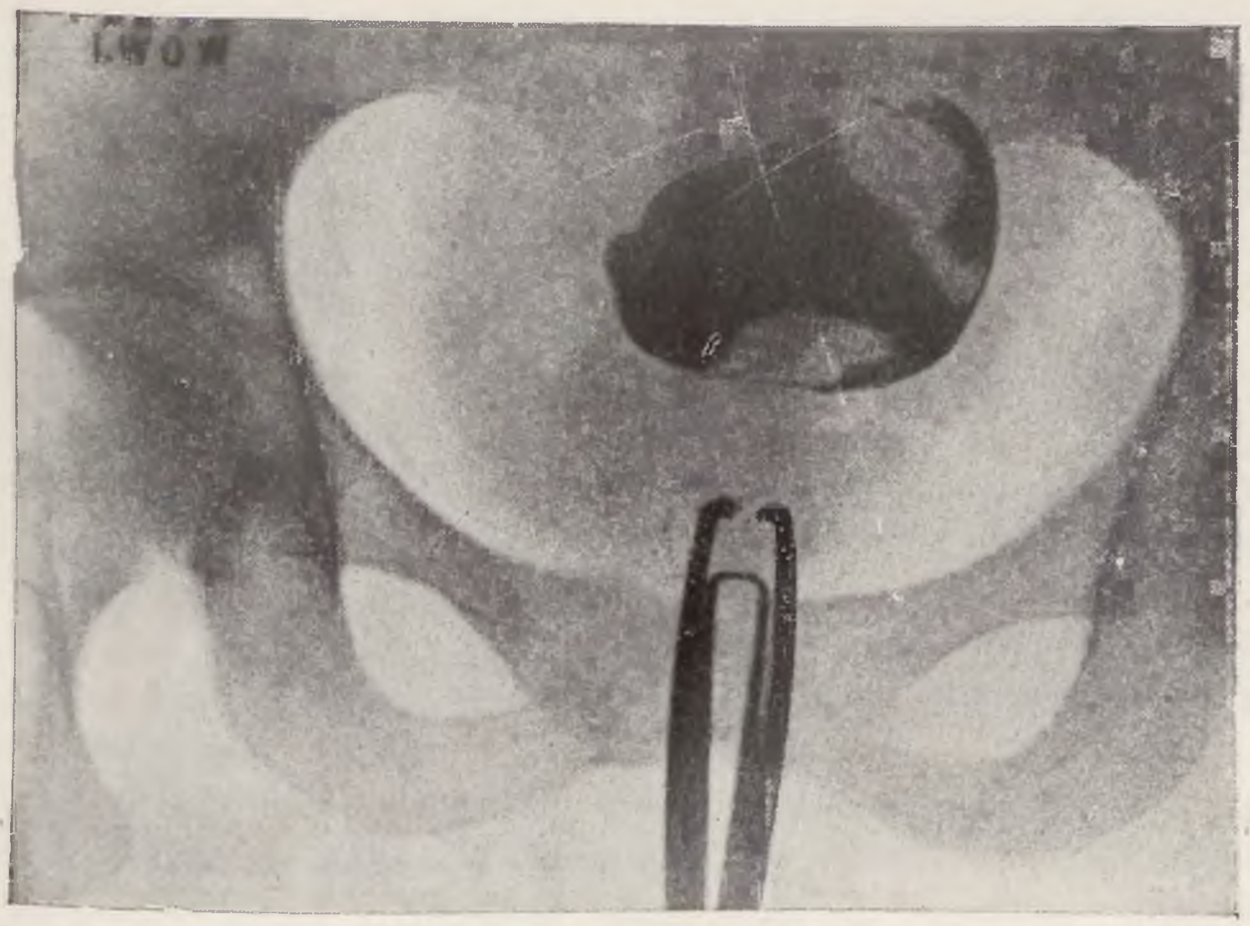
Ryc. 4.
Ch. S. lat 33. Typowy obraz włókniaka podśluzowego w cavum uteri.



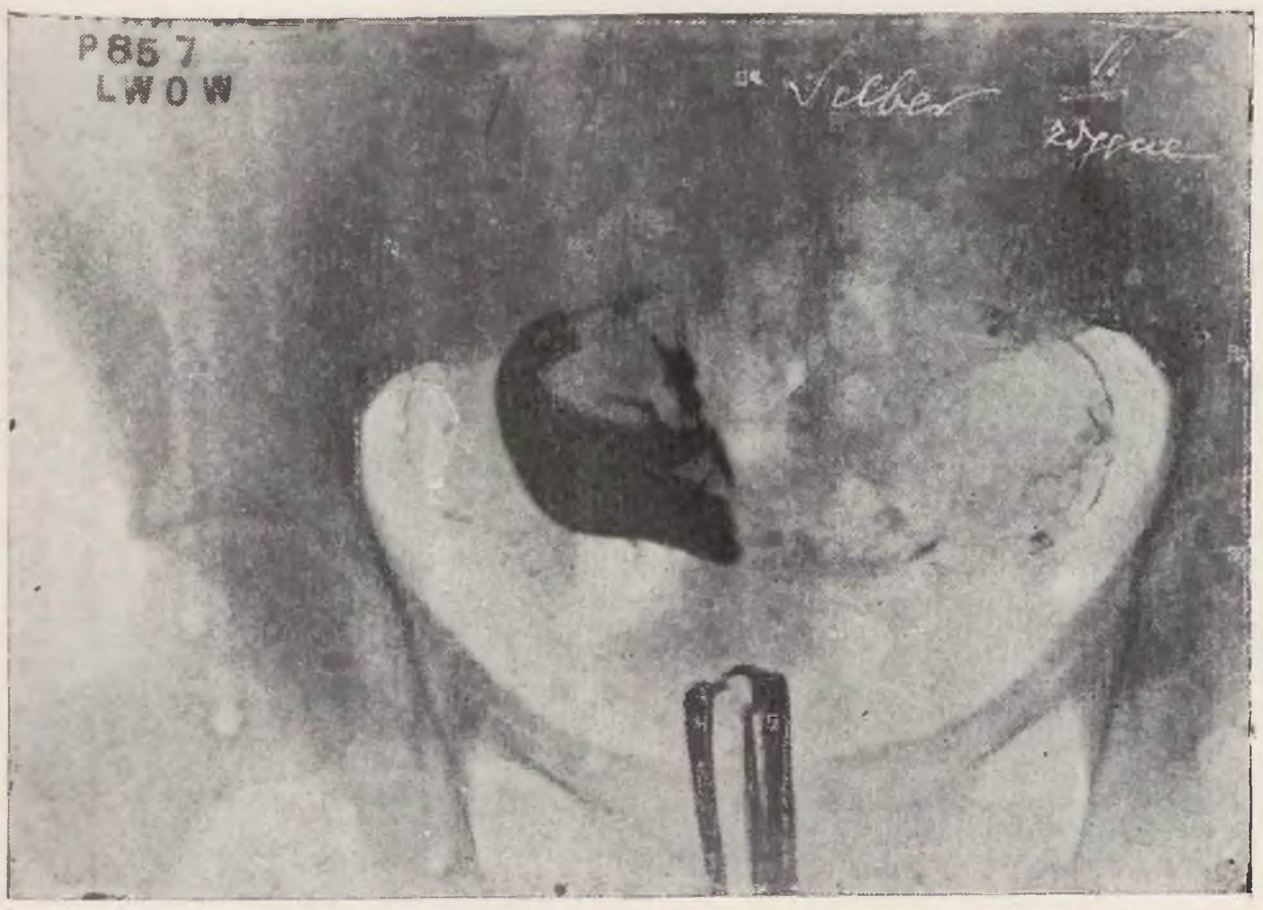
Ryc. 5.
R. G. lat 32, wieloródka. Macica in toto przesunięta na lewo. Po stronie prawej ubytek cienia w rogu macicy, dający obraz jakby obciętego rogu. Polypus placentaris. (Stwierdzono następową skrobanką).



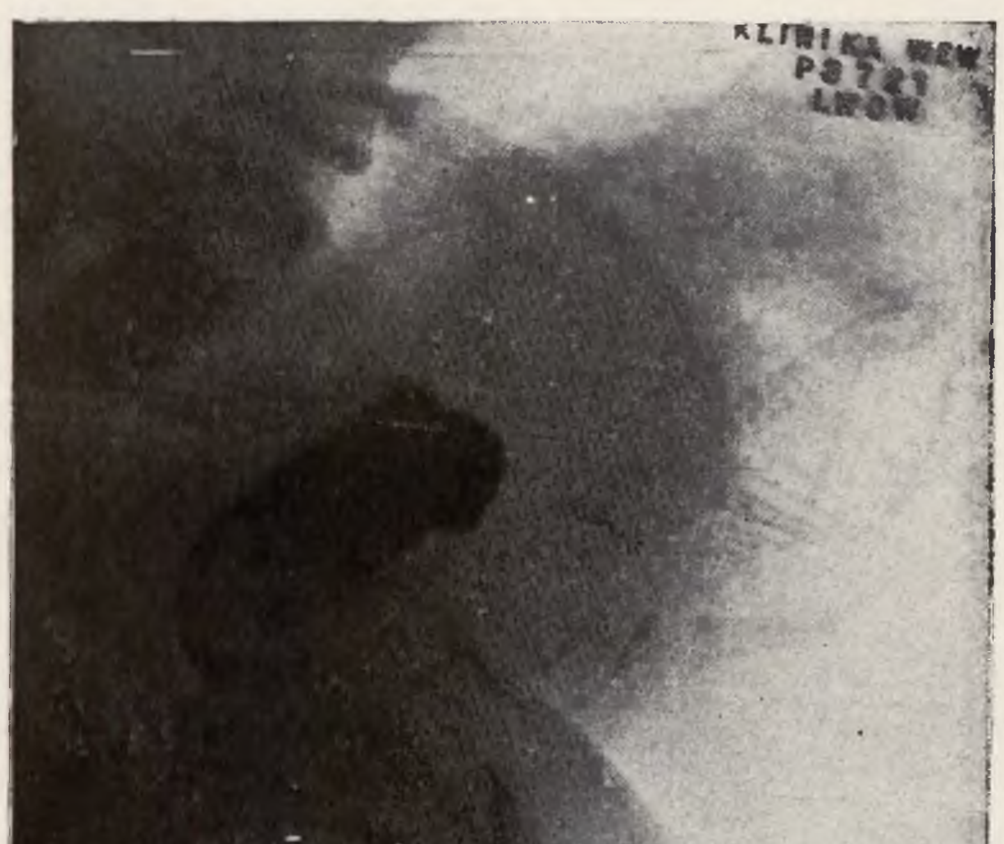
Ryc. 6.
W. M. lat 26. Graviditas recens.



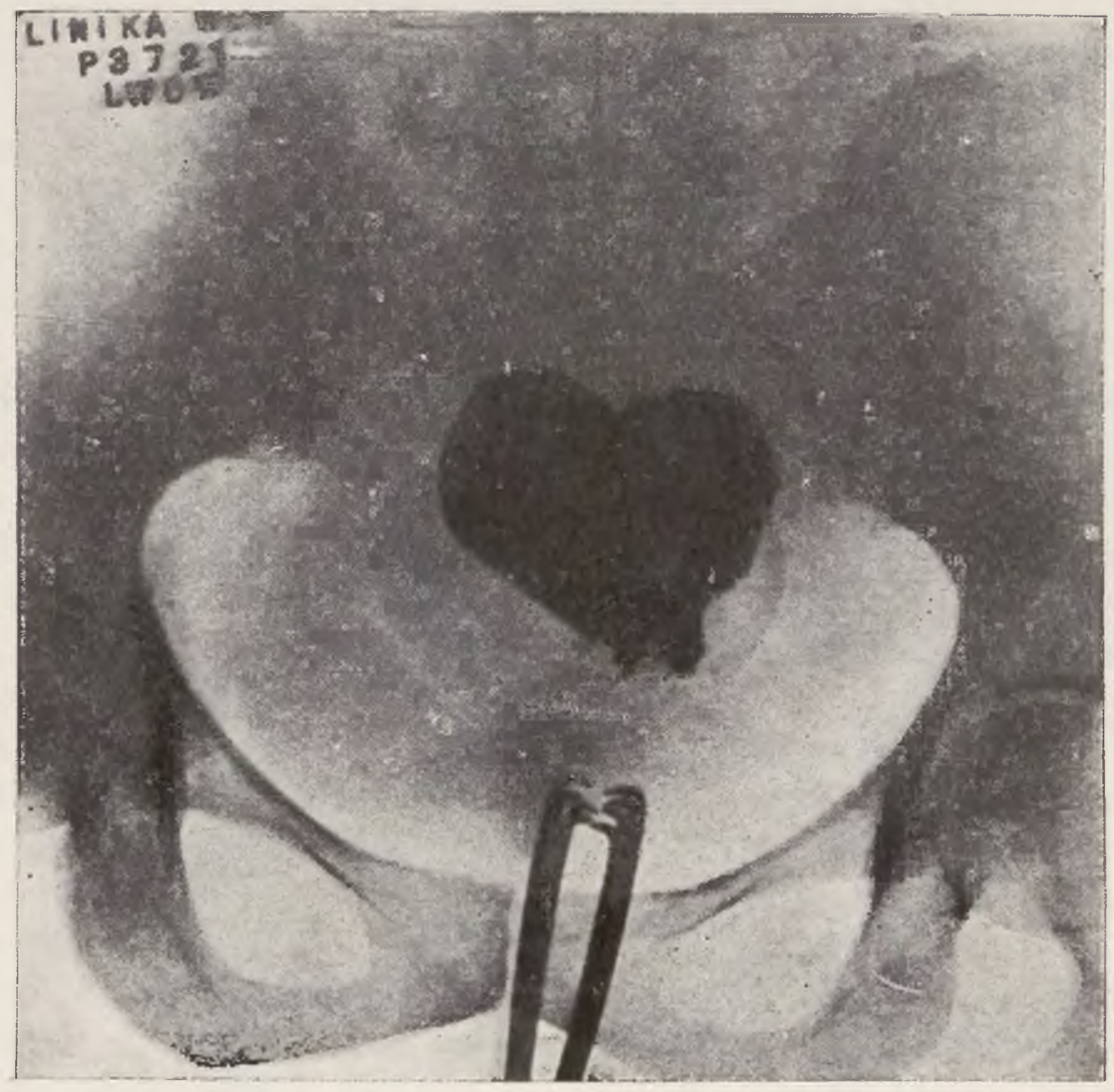
Ryc. 7.
M. B. lat 31, wieloródka. Kontur macicy okrągły, duża jama macicy; w niej ubytek cienia — trąbki zupełnie niedrożne. Graviditas.



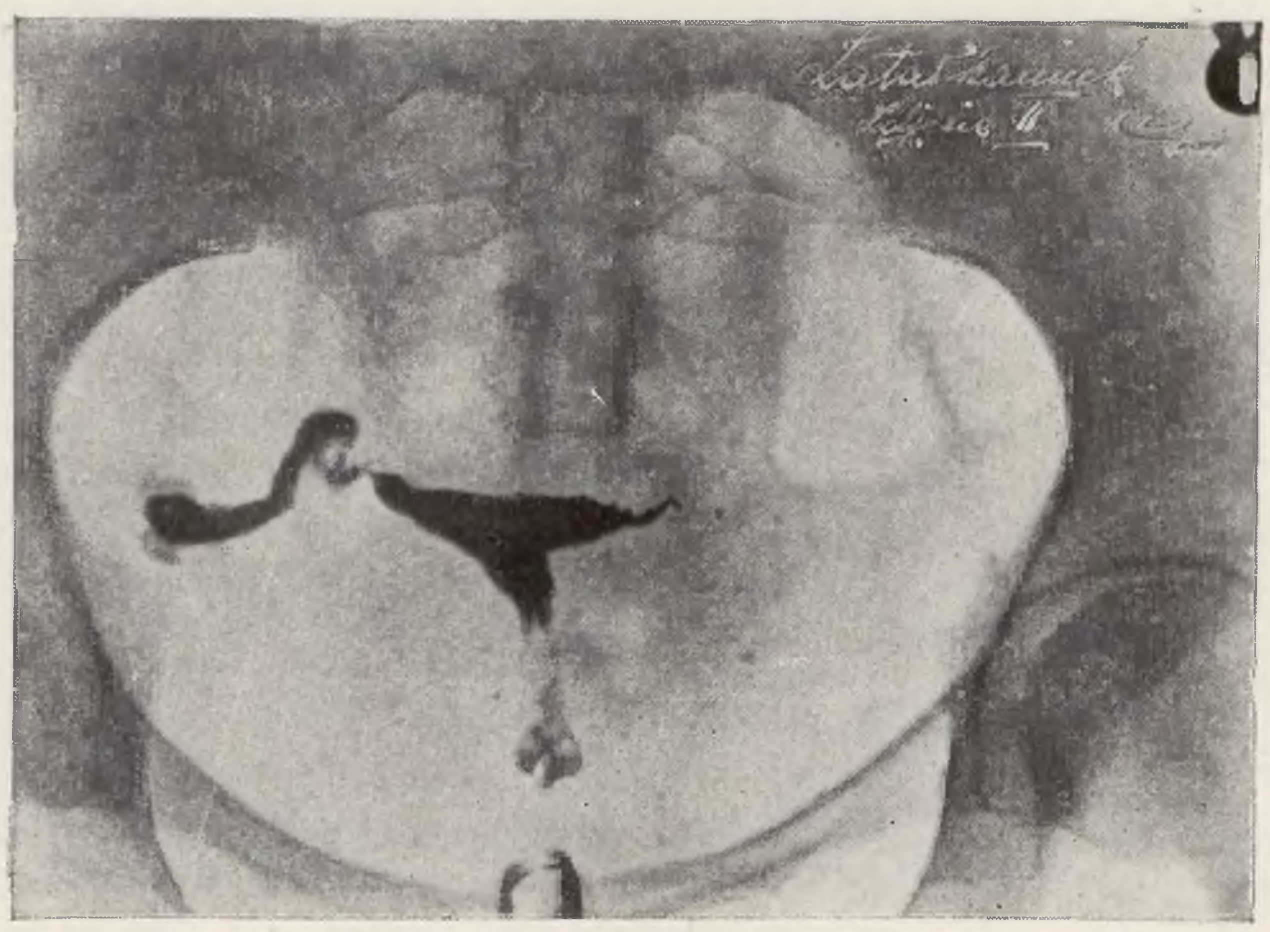
Ryc. 8.
Jama macicy obszerna, ubytek wypełnienia. Graviditas.



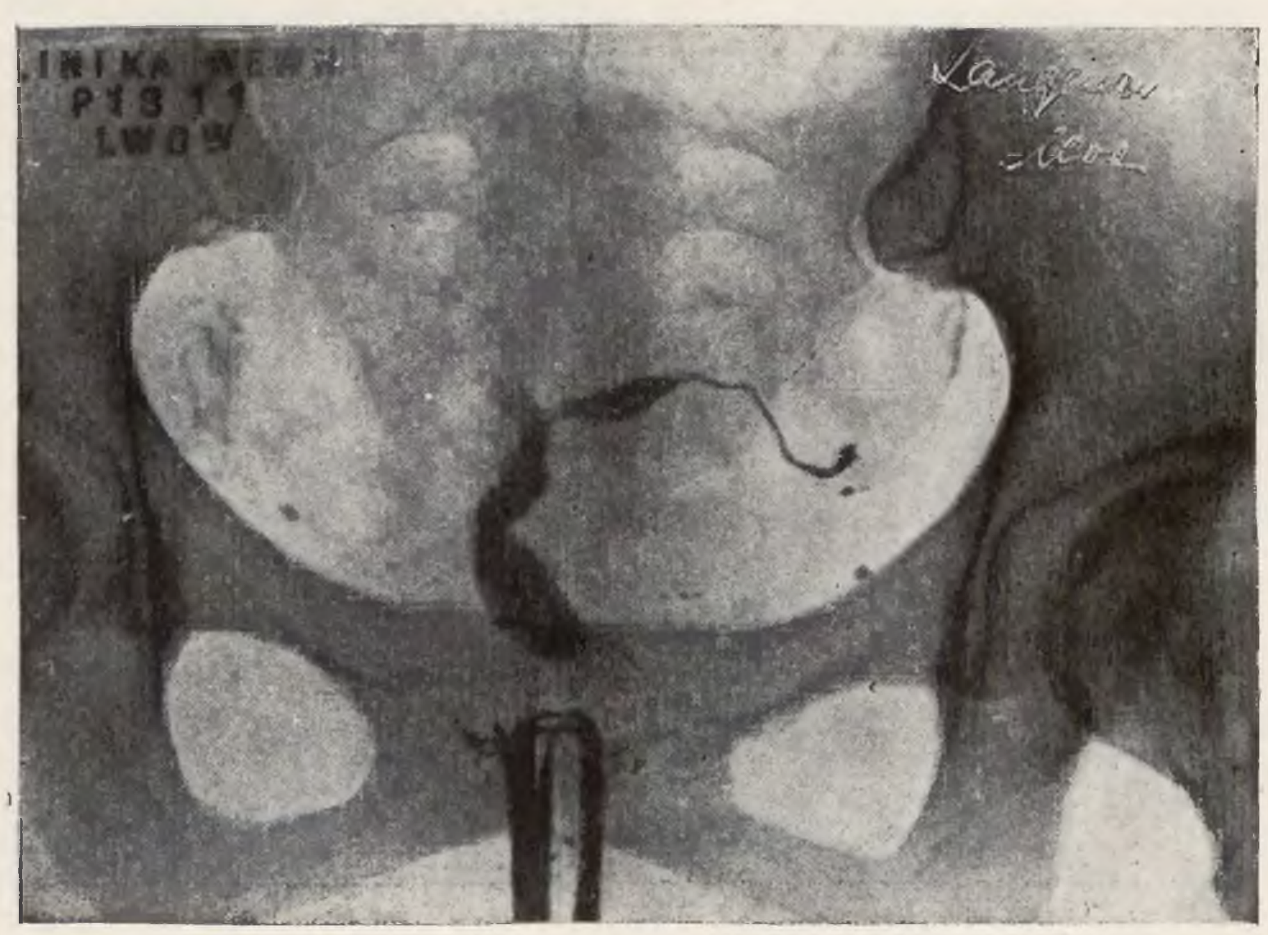
Ryc. 9.
S. Z. lat 31. Zdjęcie z profilu. Widoczny osobno kontur macicy a obok z przodu cały kościec płodu. Graviditas extrauterina.



Ryc. 10.
S. Z. lat 31. Zdjęcie „en face" ciąży pozamacicznej, widzianej na poprzednim obrazku z profilu.



Ryc. 11.
U. Z. lat 29. Kontur macicy prawidłowy, po stronie prawej trąbka zupełnie niedrożna. Po lewej hydrosalpinx. (Potwierdzone operacyjnie).



Ryc. 12.
L. S. lat 38. Charakterystyczny kształt macicy usuniętej po stronie prawej przez duży włókniak.

Obraz ubytku wypełnienia przemawia za obecnością tworu wpuklającego się do jamy macicy. Spotkać więc go można zarówno przy ciąży, gdzie jaje płodowe rozwija się w jamie macicy jak i przy mięśniakach podśluzowych (Ryc. 4.) lub śródmiąższowych czy polipie placentarnym (Ryc. 5.), a także przy raku. Często bardzo już sam obraz rentgenowski daje możność różniczkowego rozpoznania tej lub innej sprawy. Mimo to nie można przemilczeć faktu, iż w wielu razach sam obraz rentgenologiczny nawet szczegółowo rozważany nie jest wystarczający, nieraz dopiero rozważanie i ocena obrazu rentgenologicznego wespół z danemi klinicznemi może dać jedynie pewne rozpoznanie. Pouczyły nas o tem także nasze własne pomyłki rozpoznawcze. Nie można więc opierać całego rozpoznania tylko na wyniku uterosalpingografji. W przypadkach niektórych zabieg ten służyć nam może jedynie jako metoda pomocnicza.

Jeśli zechcemy rozróżnić szereg tych stanów patologicznych, które dają obraz ubytku wypełnienia, to musimy zwrócić uwagę na szereg innych cech. I tak przy ciąży macica wykazuje zmniejszenie napięcia ścian, jest obszerna, przybiera kształt kulisty lub owalny.

Tej rozciągliwości ścian macicy, jaką obserwujemy w początkowych okresach ciąży, nie spotykamy w żadnym innym stanie. Mięśniak podśluzowy daje ograniczony ubytek wypełnienia bez wyraźniejszych deformacyj całej jamy macicy w odróżnieniu od mięśniaka śródściennego, który deformuje i rozszerza asymetrycznie jamę macicy. Podkreślić tu musimy, że małe mięśniaki mogą nie zaznaczać się po zbyt silnem wypełnieniu jamy macicy. Rak macicy powoduje wyraźną deformację jamy zależnie od stopnia rozwoju, lecz brzegi ubytku wypełnienia nie są tu gładkie, jak przy mięśniaku, lecz poszarpane, nieregularne i zazębione. Odróżnienie polipów łożyskowych na podstawie obrazu rentgenologicznego jest trudne.

Z obrazów patologicznych spotykanych w trąbce wymienić należy ich zamknięcie, niedrożność, której przyczyna może być usadowiona w różnych miejscach trąbki. Rozszerzenie trąbki w całości przy jej niedrożności ma świadczyć o guzie przydatków.

Z punktu widzenia klinicznego stosujemy hs. w celach diagnostycznych ze wskazań następujących:

1) rozpoznanie drożności trąbek;

2) wczesne rozpoznanie ciąży;

3) ustalenie jakości wad rozwojowych i zaburzeń konstytucjonalnych;

4) różniczkowa diagnoza guzów miednicy małej;

5) rozpoznanie przyczyn krwawień macicznych.

ad 1) Rola hs. jest kapitalną, o ile idzie o rozpoznanie drożności trąbek w niepłodności. Celem nabrania dokładnego sądu o wartości tej metody winniśmy rozpatrzeć rolę i wartość drugiej metody rozpoznawczej w tym kierunku t. j. przedmuchiwanie trąbek.

Teoretycznie rzecz biorąc, persuflacja jest raczej niebezpieczniejsza dla badanej, aniżeli hs. z powodu wielkiej siły penetracyjnej wdmuchiwanego powietrza, a przez to możności wywołania zatoru lub pęknięcia trąbki. Nadto bolesność następowa szczególnie w okolicy podłopatkowej i podżebrowej jest bezsprzecznie częstsza po persuflacji. Natomiast bardziej wygodnem wydaje się nam przedmuchiwanie przez to, że się je wykonuje w lepszych, bardziej aseptycznych warunkach nadto, że na tem samem posiedzeniu można przy niedrożnych trąbkach powtarzać dowolną ilość razy samo przedmuchiwanie, zwiększając stosownie do potrzeby ciśnienia, wreszcie, że zabieg ten można wykonywać kilkakrotnie w krótkich odstępach czasu.

Z tego też powodu może przedmuchiwanie mieć znaczenie nietylko rozpoznawcze ale i terapeutyczne. Na koniec płyn kontrastowy, wstrzyknięty do macicy i trąbek, pozostaje niejednokrotnie tamże, a specjalnie w trąbkach, utrzymując się nieraz tygodniami i miesiącami, przez co nie stwarza najdogodniejszych warunków do zajścia w ciążę, aczkolwiek nie stanowi wyraźnej przeszkody. Z tych powodów uważamy zgodnie z Douay, iż w przypadkach niepłodności pochodzenia trąbkowego należy rozpocząć badanie od przedmuchiwania i jeżeli stwierdzimy drożność trąbek poprzestać na tym zabiegu. W razie wątpliwego wyniku należy zastosować hs. celem precyzyjnego ustalenia zamknięcia światła trąbki. D o u a y radzi wykonywać w czasie prześwietlenia pod ekranem masaż trąbek w przypadkach, w których płyn kontrastowy nie przechodzi przez trąbki, celem jego ewentualnego przepchania.

Jak wynika z powyższych rozważań obie metody badania drożności trąbek nie są metodami konkurencyjnemi, ale przeciwnie doskonale nawzajem się uzupełniającemi:

ad 2) Najwięcej przeciwników ma stosowanie hs. w celu wczesnego rozpoznania ciąży. Większość autorów odnosi się do tego wskazania — jeżeli nie zdecydowanie wrogo — to w każdym razie z dużą rezerwą. W Klinice lwowskiej rozpoczęliśmy wykonywanie zdjęć z powyższego wskazania w przypadkach, w których istniało wskazanie do przerwania ciąży. We wszystkich tych przypadkach (20) nie stwierdziliśmy nietylko ani razu po hs. wystąpienia poronienia, lecz nawet żadnych objawów ubocznych, pomimo że nie stosowaliśmy z umysłu żadnych środków ostrożności, natomiast przeciwnie pozwalaliśmy chorej chodzić po zabiegu, pracować i t. d. Wspomnieć tu należy o doświadczeniach Carlosa Heusera, Dyroffa, Schneidera, Eislera, którzy również nie obserwowali w żadnym ze swoich przypadków poronienia. Powyższe doświadczenia są wiele mówiące, aby można przejść nad niemi do porządku dziennego. Co więcej, nie należy rezygnować z tej — zdaniem naszem — znakomitej metody wczesnego rozpoznawania ciąży, zwłaszcza, że obecnie nie rozporządzamy żadnym innym sposobem, przy pomocy którego możnaby chociażby w przybliżeniu rozpoznać ciążę w tak wczesnem stadjum[3]).

Jako warunek nieszkodliwości hs. w ciąży uważamy odpowiednią technikę wlewania płynu kontrastowego: bez lub tylko pod minimalnem ciśnieniem, nadto uważanie podczas wprowadzania kanjuli, by nią nie przejść przez *isthmus*.

Obraz rentgenologiczny jest prawie z reguły bardzo typowy a to kontur macicy o wymiarach raczej okrągłych, *cavum uteri* duże wskutek atonji mięśni macicy i rozrastania się jaja płodowego — nadto w miejscu usadowienia jaja płodowego wyraźny ubytek wypełnienia. Ten obraz typowy dla ciąży wczesnej ulega zmianie zależnie od okresu ciąży. (Ryc. 6. 7. 8.).

I tak w końcowych okresach ciąży wskutek wypełnienia macicy przez jaje płodowe, a także zależnie od położenia płodu, będzie się zmieniał obraz układania się płynu kontrastowego w macicy. Widzieliśmy obrazy cienia gruszkowatego lub sercowatego, które mogły prowadzić do błędnego uważania tego obrazu za wypełnioną jamę macicy a tem samem do rozpoznania ciąży pozamacicznej. Podkreślamy ten szczegół ze względu na to, że w piśmiennictwie podają najczęściej obraz półksiężycowatego gromadzenia się substancji kontrastowej przy ciąży. W naszych przypadkach, nawet przy użyciu większego ciśnienia i większej ilości jodipiny, występowały te obrazy wypełnienia.

Na specjalne podkreślenia zasługuje kwestja rozpoznania ciąży pozamacicznej drogą hs.. Claude Béclère, który jest raczej przeciwnikiem stosowania hs. w ciąży, radzi ten zabieg przeprowadzić w przypadkach wątpliwej ciąży pozamacicznej. Specjalnie nadają się — naszem zdaniem — przypadki ciąży zaawansowanej lub donoszonej, w których hs. daje właściwie jedyną możność postawienia rozpoznania. Obraz rentgenologiczny przedstawia osobno nieduża macicę (Ryc. 9. i 10.) wypełnioną płynem kontrastowym, zwyczajnie przesuniętą przez guz na bok, a w miejscu guza widoczny, wyraźny szkielet płodu. W ciążach daleko posuniętych używamy *fil de plomb* dla lepszej wyrazistości obrazu.

ad 3) Badanie wad rozwojowych i zaburzeń konstytucjonalnych w zakresie narządu rodnego okazało się bardzo korzystne i celowe. W pierwszym rzędzie idzie tu o stwierdzenie na ekranie i na zdjęciu najrozmaitszych wad rozwojowych, które nie zawsze wykrywa się badaniem zestawionem, jak *uterus duplex, arcuatus, unicornis, didelphis* i t. d. Wykazanie tych wad w obrazie rentgenowskim nie przedstawia żadnych trudności. W jednym przypadku stwierdziliśmy np. brak *cavum uteri*, które to rozpoznanie obrazu wyjaśniło przyczynę zupełnego braku miesiączkowania. Wykazywanie zmian konstytucjonalnych jest już nieco trudniejsze i więcej subjektywne, niemniej jednak pomocne w wyrobieniu sobie ogólnego zdania o stanie narządu rodnego. Najciekawszą grupę tych zmian stanowią stany hipogenitalizmu i dziecięcości narządu rodnego. Dotyczy to nietylko wielkości samej macicy, stosunku trzonu do części pochwowej jak i jej wykonturowania, lecz także długości, cienkości i umiejscowienia jajowodów. Spotykamy bardzo często u osób infantylnych niezwykle długie i najfantastyczniej poskręcane trąbki, przyczem kontur ich przedstawia się na obrazie jak ślad cienkiej linji.

ad 4) Diagnostyka guzów miednicy małej jest jednym z najtrudniejszych rozdziałów hs., wymagającym dużej rutyny, wielkiego doświadczenia i pewnej dozy intuicji. Celem uniknięcia wszelkich nieporozumień podkreślić należy, że zdjęcie rentgenowskie w tej grupie jest tylko pewnem uzupełnieniem klinicznego badania i danych anamnestycznych i nie powinno być nigdy wykonane w oderwaniu od całości tych badań. Tu też tkwi bezwzględna konieczność współpracy ginekologa i rentgenologa. Dokładne rozważanie powyższego tematu już samo wypełniłoby dużą monografię. Dlatego też, nie wdając się w szczegóły, zaznaczamy

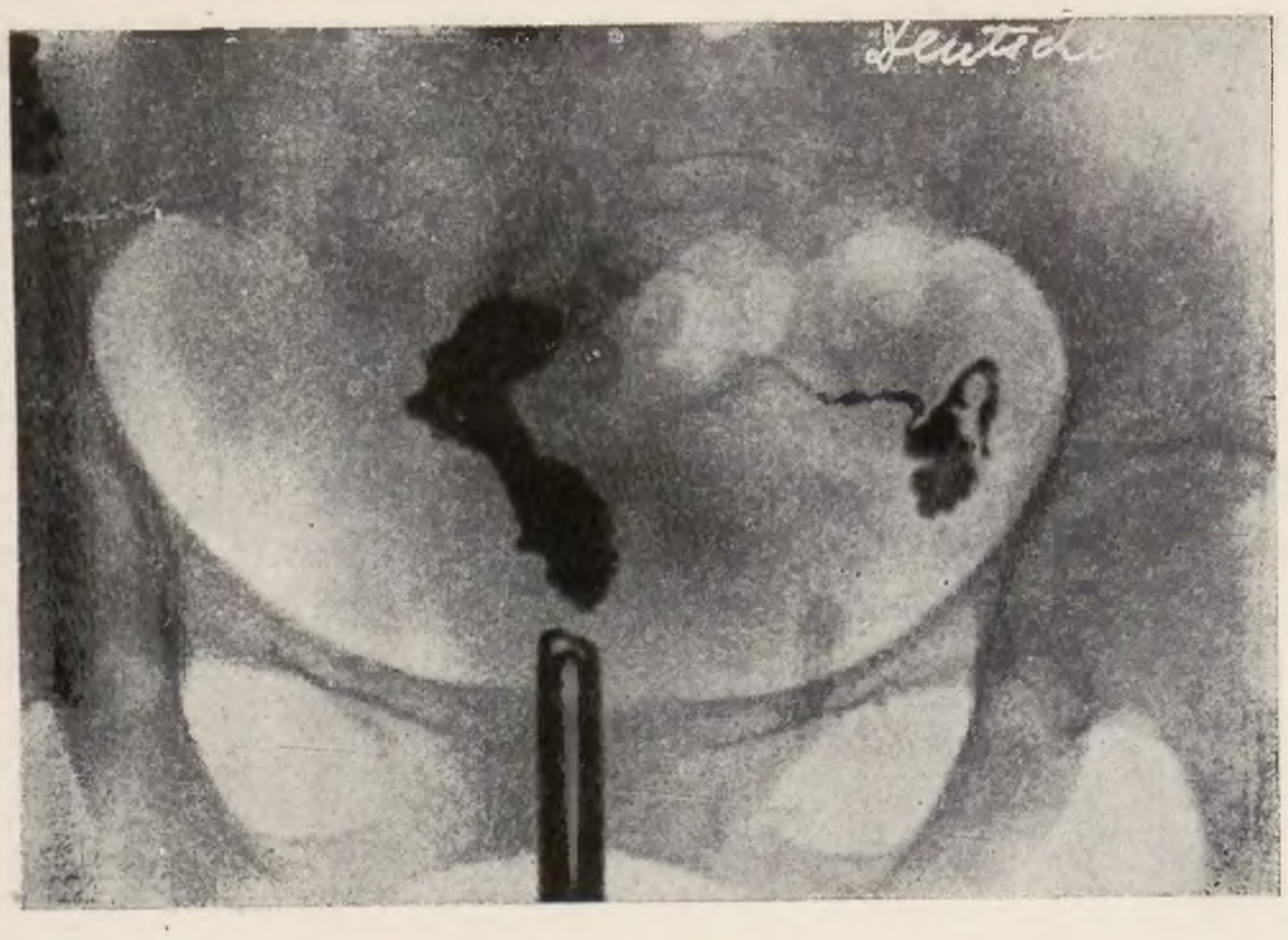
---

[3]) Mamy zdjęcia z pewnem rozpoznaniem ciąży w przypadkach, w których badanie zestawione nie wykazało żadnych zmian w narządzie rodnym.

tylko, że idzie tu o różniczkową diagnozę między mięśniakami i torbielami śródblaszkowemi, nadto o rozróżnienie torbieli od wolnego płynu w jamie brzusznej. Stosunkowo jasne i niepowikłane obrazy daje *sacto* — lub *hydrosalpinx* pod postacią rozdęcia trąbki zwłaszcza w części ampularnej (Ryc. 11.). Odczytywanie tych obrazów jest nieraz bardzo trudne, przyczem podkreślić należy, że badanie to nie wypowiedziało jeszcze ostatniego słowa, kryjąc w sobie jednak dalsze duże możliwości. Do całości techniki w tej grupie należą przedewszystkiem zdjęcia z profilu, a nadto przy dużych guzach użycie prętów ołowianych t. zw. *fils de plomb*, stosowanych specjalnie przez francuskich autorów. W ostatnich czasach podjęto kombinowane badanie z pomocą hs. i *pneumoperitoneum*. Odpowiednie zdjęcia w tekście dają możność lepszego wniknięcia w powyższe zagadnienie (Ryc. 12.).

ad 5) Krwawienia maciczne są może najmniej opracowanym terenem hs. Tym wszystkim, którzy wyżej stawiają dotychczasowe metody badań przyczyn krwawienia (*curettage*, badanie palcem i t. d.) nad hs. odpowiedzieć należy to samo, co wyraźnie podkreśliliśmy w poprzednim ustępie, że hs. jest tylko uzupełnieniem wszystkich dotychczas używanych metod badania. Dlatego też nie może ona zastąpić żadnego z dotychczas używanych, a jest tylko badaniem, przynajmniej w tej grupie, ściśle pomocniczem.

Najbardziej charakterystyczne są obrazy małych włókniaków podśluzowych, występujących jako ubytek wypełnienia wśród rozlanego płynu kontrastowego (obraz załączony) lub polipów. Bardzo ciekawe rezultaty daje obserwacja konturów macicy w związku z zachowaniem się błony śluzowej. Normalnie kontur jest zupełnie gładki. W przypadkach patologicznych raz pofałdowany, pozwalający przypuszczać przerost błony śluzowej (Ryc. 13.) (*endometritis*), to znowu o poszarpanych nieregularnie



Ryc. 13.
D. Ch. lat 36. Nieregularny kontur macicy z pofałdowaną nierówną błoną śluzową, trąbka po prawej stronie drożna. Przerost błony śluzowej macicy.

brzegach, nasuwający podejrzenie nowotworu złośliwego. Tu podkreślić musimy, iż zależnie od stanu błony śluzowej macicy (stosunek do cyklu menstruacyjnego) już w warunkach prawidłowych możemy widzieć różnice w obrazie. Nie ulega żadnej wątpliwości, że uzupełnienie powyższego badania wyłyżeczkowaniem macicy i następowem badaniem drobnowidowem da dopiero całość danego schorzenia.

Wnioski.

1) Sama technika histerosalpingografji jest zupełnie prosta, odczytywanie natomiast obrazów rentgenowskich wymaga dużego doświadczenia.

2) Niebezpieczeństwo tej metody jest prawie żadne, pod warunkiem przestrzegania wszystkich środków ostrożności, o których była wyżej mowa.

3) Rola hs. w zakresie badania drożności trąbek jest kapitalnem uzupełnieniem wyników, uzyskanych drogą persuflacji.

4) Stosowanie hs. celem wczesnego rozpoznania ciąży daje bardzo dobre wyniki, a przytem jest, wbrew przewidywaniom wielu autorów, zupełnie bezpieczne.

5) We wszystkich innych przypadkach należy uważać hs. za jeden z wielu środków pomocniczych, uzupełniających badanie kliniczne.

6) Kwestja konstytucji i zaburzeń rozwojowych narządu rodnego znajduje w hs. nowe uzupełnienie.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Józef FELIX, Dr. Adam SOKOŁOWSKI Kraków.
(część kliniczna)
Dr. Kazimierz ŚCIESIŃSKI (część anat.-patolog.).

Pierwotny zakrzep żyły śledzionowej.

Z I. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. (Dyr.: Prof. Dr. Tadeusz Tempka) i z Zakładu Anatomji Patologicznej U. J. (Dyr.: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski).

Dokończenie.

Przypadek II. Chora S. M. lat 14, córka wieśniaka, zgłosiła się do kliniki dnia 28. I. 1930 r. ze skargami na bóle gniotące w lewej połowie brzucha, występujące nieregularnie, prawie codziennie, nasilające się po obfitszem jedzeniu, nudności, czasami wymioty spożytemi pokarmami, bóle głowy. Choroba rozpoczęła się stopniowo przed czterema laty wśród opisanych dolegliwości, które w ostatnich czasach zwiększyły się i zmusiły chorą do przybycia do kliniki. Poprzednio nie chorowała. Rodzice żyją, zdrowi, rodzeństwo zdrowe. Badanie przedmiotowe w dniu przybycia chorej stwierdziło budowę ciała wątłą przy ogólnym niedorozwoju, skórę bladą, podściółkę tłuszczową średnio rozwiniętą, w płucach i w sercu brak zmian chorobowych. Powłoki brzuszne silniej niż zwykle wysklepione, niema siatki żylnej krążenia obocznego, jako też danych fizycznych świadczących o obecności wolnego płynu w jamie brzusznej; obmacywaniem stwierdziliśmy w dniu przybycia chorej guz w okolicy lewego podżebrza, odpowiadający powiększonej śledzionie, sięgający na 12 cm poniżej lewego łuku żebrowego, twardy, tkliwy na ucisk; wątroba niemacalna. Poza tem z odchyleń od normy stwierdziliśmy nieznaczne zmiany w zakresie uzębienia występujące niekiedy przy kile wrodzonej, a polegające na niedorozwoju koron w obrębie niektórych zębów trzonowych. Badanie moczu wykonane kilkakrotnie nie wykryło poza silnie wzmożonym urobilinogenem i obecnością urobiliny, żadnych składników chorobowych. Badanie krwi w następny dzień po przybyciu chorej: krwinek czerwonych 3,590.000, ilość Hb 70%, wskaźnik Hb 0.9, krwinek białych 3.400; w obrazie odsetkowym krwinek białych: obojętnochł. wielojąd. 47%, obojętnochł. pałeczk. 10%, obojętnochł. młodych 3%, kwasochł. 1%, monocytów 2%, limfocytów 37%; w obrazie krwinek czerwonych anizocytoza z przewagą makrocytów i nieznaczna poikilocytoza. Badanie krwi na odczyn Wassermanna przed i po prowokacji nowarsenobenzolem dało wynik ujemny. Również inne badania surowicy krwi w kierunku kiły, jak odczyn zmętnienia Meinickego i odczyn barwny Meinickego, wykonany w klinice dermatologicznej U. J., dały wynik ujemny. Badanie rentgenologiczne kości przedramienia i ręki prawej nie wykryło żadnych odchyleń od normy.

Przez pierwszych kilka tygodni pobytu chorej w klinice stan jej pozostawał bez zmian, ciepłota ciała podnosiła się wieczorami do 37.8° C; chora poza okresowo występującemi gnieceniami w jamie brzusznej i ogólnem osłabieniem żadnych ważniejszych skarg nie podawała. Dnia 1. III. t. j. w 32 dniu pobytu w klinice, wystąpiły u chorej wymioty krwawe, bez jakiegokolwiek widocznego powodu, które w nocy wzmogły się, a rano następnego dnia przyłączyły się do nich krwawe biegunki. Równocześnie wystąpiło znaczne, bo przeszło dwukrotne zmniejszenie się śledziony, która sięgała po tych krwotokach zaledwie około 5 cm z pod lewego łuku żebrowego. Wykonane następnego dnia badanie krwi wykazało: krwinek czerwonych 3,030.000, krwinek białych 11.600, ilość Hb 60%, wskaźnik Hb 0,9; stosunek odsetkowy krwinek białych i obraz krwinek czerwonych, podobny jak przy poprzedniem badaniu. Badanie układu hemostatycznego: czas krwawienia 1,5 min., czas krzepnięcia 6 min., (początek), 15 min., (koniec), objawy opaskowe i opukowe ujemne, ilość płytek (met. Fonio) 188.000. Dnia 4. III. wystąpiły ponownie gwałtowne wymioty krwawe, które zmusiły nas do wykonania przetoczenia krwi; mimo to jednak krwawienia z przewodu pokarmowego nie ustąpiły, a chora zmarła następnego dnia, mimo zastosowania wszelkich innych środków przeciwkrwotocznych.

W przypadku tym mała ilość danych przedmiotowych, uzyskanych badaniem wstępnem, nastręczyła nam w pierwszych dniach pobytu chorej w klinice trudności rozpoznawcze. Ogólny niedorozwój i charakterystyczne zmiany w uzębieniu skierowały naszą myśl w kierunku przyjęcia kiły wrodzonej, jako przypuszczalnego tła guza śledziony. Jednakże rozmiary tego guza, przy ujemnym wyniku szeregu swoistych prób serologicznych i przy równoczesnem wykluczeniu zmian chorobowych swoistych w pozostałych narządach wewnętrznych, pozwoliły nam wykluczyć kiłowe zmiany w miąższu śledzionowym, jako pierwotną przyczynę tak dużego guza śledziony. Równocześnie mogliśmy wyklu-

czyć na podstawie całokształtu klinicznego szereg następujących schorzeń, omówionych już przy rozpoznaniu różniczkowem poprzedniego przypadku, jak choroba B a n t i e g o, marskość zanikowa wątroby, choroba G a u c h e r a, białaczka szpikowa, zimnica, ziarnica złośliwa, gruźlica śledziony, pierwotny nowotwór i ropień śledziony. Wobec wykluczenia więc tych spraw chorobowych, musieliśmy, ze względu na bardzo duży guz śledziony, nadto ze względu na wystąpienie silnych krwawień z przewodu pokarmowego, z bezpośrednio następowem znacznem zmniejszeniem się guza śledziony, zwrócić naszą uwagę na obecność pierwotnego zakrzepu pnia żyły śledzionowej, jako przyczyny całego obrazu chorobowego. Co się tyczy tła powstania zakrzepu, to było ono zupełnie niejasne, jednakże wobec wyżej przytoczonych objawów, jak ogólny niedorozwój chorej i charakterystyczne zmiany uzębienia, nie można było z całą pewnością wykluczyć kiły wrodzonej, jako tła pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej. Zwłoki skierowaliśmy na sekcję z rozpoznaniem: *Lues congenita susp. s. s. thrombophlebitide specifica (?) venae lienalis (cum tumore lienis consecutivo) s. s. varicibus venarum gastricarum et probabiliter venarum pancreaticarum et venae mesentericae inferioris; in decursu haematemesis et melaena s. s. anaemia maioris gradus.*

Podczas sekcji, wykonanej dnia 6. III. 1930 w Zakładzie Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, znaleziono budowę wątłą i niedorozwój ogólny.

Główne zmiany chorobowe dotyczyły jamy otrzewnej, w szczególności śledziony i żyły śledzionowej. Jama otrzewna nie zawierała płynu wolnego, otrzewna była gładka, lśniąca. W ułożeniu trzew oprócz zrostu sieci większej z powierzchnią przeponową śledziony nie było żadnych odchyleń.

Śledziona: Wymiary 21 × 12, 5 × 3 cm, waga 690 g. Torebka nieco zgrubiała, pomarszczona, powierzchnia przeponowa zrosła z przeponą. Kształt ogólny śledziony zachowany, konsystencja wiotka. Na przekroju miąższ barwy bladoczerwonej, nie zbiera się na nożu, stawia pewien opór przy krajaniu. Rysunek zupełnie zatarty, zrąb łącznotkankowy wyraźniejszy. Grudki śledzionowe niewidoczne.

W żyle wrotnej znajduje się dość luźno siedzący i po rozcięciu żyły wypadający zakrzep pstry, kruchy, nie całkiem ściśle wypełniający światło żyły wrotnej, długości 6 cm, sięgający do żyły krezkowej górnej (do 2 cm) i małym, odrywającym się zakrzepem do żyły śledzionowej. Dalsze gałązki żyły wrotnej są wolne, również gałązki żyły śledzionowej i krezkowej górnej. Gałązki żyły śledzionowej nieco rozszerzone, zawierają krew płynną, podobnie dalsze gałązki żyły krezkowej. Błona wewnętrzna żyły wrotnej, żyły śledzionowej i żyły krezkowej górnej gładka, lśniąca. Żyła główna dolna zawiera nieco krwi płynnej, poza tem światło wolne, ściana niezmieniona. W tętnicy brzusznej nie znaleziono żadnych zmian.

Wątroba: Waga 1000 g. Wielkość, kształt i konsystencja prawidłowe. Powierzchnia wątroby gładka, lśniąca. Na przekroju miąższ barwy bladożółtawej, rysunek zrazikowy i połysk zachowane. Z żył wątrobnych dobywa się mała ilość krwi płynnej. Pęcherzyk żółciowy i drogi żółciowe niezmienione.

W innych narządach jamy otrzewnej poza bladością nie znaleziono zmian chorobowych, szczególnie w narządach, z których krew odpływa do żyły wrotnej. Należy podnieść, że treść żołądka w ilości 100 cm^3 była fusowata, w jelicie cienkiem treść krwawo podbarwiona, w jelicie grubem zaś treść czarniawa (smołowata).

Pozostałe narządy niedokrwione; szpik kostny kości piszczelowej prawej czerwony. Mikroskopowo zbadano zakrzep żyły śledzionowej oraz wycinki z żyły wrotnej, śledzionowej, krezkowej górnej, śledzionę, wątrobę, część wstępującą tętnicy głównej.

Zakrzep żyły śledzionowej składa się z siatki włóknika, małej ilości krwinek czerwonych i licznych leukocytów wielojądrzastych oraz beleczek płytek krwi. Składniki te układają się warstwowo z dużą przewagą leukocytów wielojądrzastych. Na obwodzie widać gdzie niegdzie kilka komórek śródbłonkowych, ułożonych długą osią prostopadle do średnicy.

Żyła śledzionowa, krezkowa górna, wrotna (badano wycinki z kilku miejsc): budowa i zrąb sprężysty prawidłowy.

Śledziona: Budowa śledziony zatarta: grudki śledzionowe dość małe i rzadko rozłożone, budowa grudek prawidłowa. Beleczki śledzionowe i ściany tętnic beleczkowych wyraźnie zgrubiałe. Naokoło tych tętnic widać gdzie niegdzie włókna łącznotkankowe częściowo współśrodkowo układające się, częściowo tworzące gwiazdkowate wypustki w najbliższem sąsiedztwie. Oprócz tego nie widać wybitniejszego wzmożenia tkanki łącznej. Zatoki śledzionowe obfite, gęsto koło siebie ułożone, o śródbłonkach napęczniałych, wybitnie wystających ku światłu i łuszczących się. W świetle zatok pojedyńcze krwinki czerwone, gdzie niegdzie pojedyńczy leukocyt wielojądrzasty eozynochłonny, pojedyńcze limfocyty. Siateczka łącznotkankowa dość gęsta, ale włókna cienkie. Żelazo zdołano wykazać tylko w nielicznych komórkach łącznotkankowych lub śródbłonkowych, znajdujących się w sąsiedztwie naczyń krwionośnych. Innych złogów barwikowych ani złogów soli wapnia nie znaleziono, a tylko w preparatach widać równomiernie rozsiane ziarna barwika czarniawego (barwik formalinowy).

Wątroba: Budowa zrazikowa prawidłowa, beleczki i komórki wątrobne prawidłowe, komórki nie zawierają żadnych złogów. Między beleczkami i zrazikami nie widać nieprawidłowego rozwoju tkanki łącznej lub nagromadzenia komórek. Żyły środkowe, gałązki żyły wrotnej i przewody żółciowe zachowują się prawidłowo.

Tętnica główna: w części wstępującej nie znaleziono żadnych zmian.

Na pierwszy plan wysuwa się w obrazie sekcyjnym tego przypadku powiększenie śledziony i zakrzep żyły śledzionowej, krezkowej górnej, oraz żyły wrotnej. (Ze względu na to, że zakrzep tkwił bardzo luźno i tylko częściowo wypełniał światło niezmienionej żyły wrotnej, sięgając drugim końcem do światła żyły śledzionowej, tudzież ze względu na to, że z drugiej strony nie było żadnych wogóle objawów klinicznych zakrzepu żyły wrotnej, możnaby było może obecność zakrzepu w żyle wrotnej tłumaczyć przesunięciem się go z żyły śledzionowej do żyły wrotnej z powodu nagłej zmiany w ciśnieniu krwi w obrębie żyły śledzionowej, wywołanego gwałtownem zmniejszeniem się pojemności śledziony pod wpływem utraty krwi). Zakrzep ten ma cechy zakrzepu świeżego, luźno tkwiącego w wymienionych żyłach. Prócz pewnego niewielkiego rozszerzenia żył nie znaleziono żadnych zmian chorobowych w samej ścianie. Również w tętnicy głównej nie stwierdzono żadnych zmian, mogących przemawiać za tłem kiłowem w tym przypadku. Badanie histologiczne śledziony pozwala wykluczyć kiłę, chorobę B a n t i e g o, zmiany, jakie znajduje się w następstwie marskości wątroby — w tym przypadku wątroba okazała się zupełnie prawidłową. Pozostaje uznać powiększenie śledziony za skutek zmian w układzie żylnym śledziony, a także w żyle wrotnej. Za tem przemawiają także stwierdzone za życia, powtarzające się krwotoki żołądkowo-jelitowe, z których ostatni wywołał zejście śmiertelne, jak to wynika z obrazu sekcyjnego.

Przypadek III. W y w i a d y: S. R., lat 40, kupiec, przyjęty do kliniki dnia 10. VII. 1930 r. (L. dz. kl. 569). Skarży się na wymioty krwawe, ogólne osłabienie, bóle w całym brzuchu bez dokładniejszego określenia siedziby, nudności i odbijania. W ostatnim czasie wystąpiły wymioty krwawe przed 24 godzinami, chory zauważył też smołowe stolce. Po raz pierwszy wymiotował krwią i miał krwawe stolce przed 6 laty, dolegliwości te powtórzyły się przed miesiącem. Rozpoznano wówczas rzekomo krwawienia na tle wrzodu żołądka, a powiększoną śledzionę odnoszono do przebytej swego czasu „malarji“, którą chory miał przechodzić podobno w 22 roku życia. Leczony był dietą przeciwwrzodową, bizmutem i chininą. W 22 roku życia gorączkował przez przeciąg paru tygodni do 40°, gorączka była o typie przerywanym, badań krwi, zmierzających do wykrycia plazmodjów zimnicy nie wykonano. Ponowny okres gorączkowy kilkunastodniowy wystąpił 3 lata później, lekarz stwierdzić miał już wówczas obecność dużej śledziony. Z chorób przebytych wymienia jeszcze dur brzuszny, przebyty w 8 roku życia. Przebycia kiły chory zaprzecza, nie pije, nie pali. Wywiady w kierunku obarczenia dziedzicznego ujemne. Chory mieszkał na wsi, warunki zdrowotne dobre.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e: Budowa wątła, skóra i błony śluzowe bledsze, ponadto bez odchyleń od stanu prawidłowego, podściółka tłuszczowa nieźle rozwinięta, gruczoły chłonne niemacalne. Narząd krążenia i oddechowy bez zmian. Ciśnienie krwi: 130/75 RR. Brzuch nieco wysklepiony, wzdęty, płynu wolnego nie zawiera, krążenia obocznego skórnego nie stwierdza się. Wątroba niemacalna. Śledziona znacznie powiększona, dochodzi dolnym biegunem o 2 palce poniżej linji pępkowej, brzegiem wewnętrznym do linji środkowej ciała, twarda, gładka, tkliwa na ucisk. Układ nerwowy bez zmian. Odruchy ścięgniste, okostne prawidłowe. Badanie moczu chemiczne i drobnowidowe nie wykryło nic patologicznego. Stolce smołowe, krew utajona: +++. Badanie krwi: w obrazie krwinek czerwonych stwierdza się jedynie nieznaczną anizocytozę i poikilocytozę. Hb: 44%, ciałek czerwonych: 3,480.000, ciałek białych: 3.400, wskaźnik barwikowy: 0,64, płytek krwi: 74.000. Stosunek odsetkowy białych ciałek krwi był następujący: bazofilów 0%, eozynofilów 1%, ciałek obojętnochłon. młodych 2%, ciałek obojętnochłon. z jądrem pałeczkowem 1%, ciałek obojętnochłonnych wielojądrzastych 59%, limfocytów 36%, monocytów — 1%. Czas krwawienia: 2 min., czas odczynu: 6 min.,

czas krzepnięcia: 14 min. Objaw opaskowy, opukowy, wkłucia ujemne. Odczyn Wa. z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego dał z 3 antygenami wyniki zgodnie ujemne. Wszystkie inne badania serologiczne i bakterjologiczne wypadły również ujemnie. We krwi pasorzytów zimnicy i złogów melaninowych (także w grubej kropli) mimo licznych poszukiwań nawet i po prowokacji nie stwierdzono. Odczyn bezpośredni v. d. Bergha z surowicą krwi — ujemny, pośredni — słabo dodatni. Próby czynnościowe wątroby (galaktozowa i lewulozowa) wypadły ujemnie. Badanie rentgenologiczne przewodu pokarmowego nie wykryło, poza wybitnem przesunięciem żołądka w prawo, żadnych zmian.

Przebieg choroby: Przez pierwsze tygodnie chory czuł się względnie dobrze, krwotoki nie powtarzały się już więcej, a nawet już po kilkunastu dniach pobytu w klinice próby krwi utajonej w kale wypadły ujemnie. Chory skarżył się jedynie na odbijania czcze i gniecenie w dołku podsercowym, występujące natychmiast po spożyciu pokarmu. Badaniem fizycznem stwierdzało się, podobnie jak i poprzednio, jedynie dużą i twardą śledzionę, poza tem jednak nic szczególnego. Ciepłota zazwyczaj prawidłowa, czasami dochodziła wieczorami do 37,2°. Stosunki ilościowe hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi nie uległy prawie zmianie, ilość białych ciałek wahała się w granicach 3.800—1.800 w mm³. Począwszy od 22 dnia pobytu chorego w klinice uległ obraz chorobowy wyraźnej zmianie. Tegoż bowiem dnia ciepłota podskoczyła nagle do 39,8° i utrzymywała się, przebiegając w typie przerywanym, mniej więcej na tym poziomie przez kilka dni, po którym to czasie można było już wyraźnie stwierdzić obecność wolnego płynu w jamie brzusznej. Gorączka po kilku dniach opadła, utrzymywały się jednak stale nadal stany podgorączkowe, dochodzące wieczorami od 37,4° do 37,7°. Płyn w jamie brzusznej w dalszym ciągu bardzo szybko się zwiększał tak, że zmuszeni byliśmy go parokrotnie w większych ilościach (do 10 litrów) wypuszczać. Płyn ten miał cechy płynu przesiękowego. W dalszym przebiegu spostrzegania pojawiła się nieznaczna siatka krążenia obocznego w powłokach brzusznych. W moczu: wzmożony urobilinogen i urobilina, krew utajona w kale: +. Ponadto przedmiotowo jak poprzednio; wątroba nadal niemacalna. Również ilość hemoglobiny, czerwonych i białych ciałek nie uległa wybitniejszym wahaniom. Chory, po 10-tygodniowym zgórą pobycie, opuścił klinikę na własne żądanie w stanie znacznego pogorszenia stanu chorobowego, poczem, jak nam wiadomo, wkrótce zmarł. Wypuszczony został z rozpoznaniem: *Thrombosis venae lienalis primaria, subsequente thrombosi venae portae sub finem vitae.*

Klinicznie przedstawia się zatem nasz przypadek podobnie jak i dwa poprzednio opisane: stwierdzamy bowiem i tu śledzionę bardzo dużych rozmiarów, krwotoki z przewodu pokarmowego, niedokrwistość wtórną i leukopenję, — wszystkie te zmiany przy fizycznie i czynnościowo prawidłowej wątrobie. Ponadto stwierdza się w tym przypadku i dwa inne poprzednio nienotowane objawy: 1) cierpienie rozpoczęło się okresem wysokiej gorączki przerywanej, przyczem stany te gorączkowe o podobnym typie powtarzały się parokrotnie, 2) w przebiegu choroby wystąpiła puchlina brzuszna, mimo jej poprzedniego braku, przy niezmienionej fizycznie i czynnościowo wątrobie, przyczem płyn wolny w jamie brzusznej wybitnie szybko się zwiększał. Zaznaczyć należy, że do rozpoznania w danym przypadku zimnicy nie mieliśmy żadnych podstaw, o czem świadczą nasze liczne ujemne wyniki badań, zmierzających do wykrycia pasorzytów zimnicy i złogów melaniny we krwi, pobieranej w okresie gorączkowym i po prowokacji, jak również i monocytopenja; rozpoznawana uprzednio zimnica nie była również, jak już wyżej zaznaczyliśmy, potwierdzona dodatnim wynikiem tych badań pomocniczych.

Zestawiając zespół wszystkich objawów klinicznych tego przypadku dochodzimy, po wykluczeniu innych spraw chorobowych, ostatecznie do wniosku, że zachodzi tu pierwotny zakrzep żyły śledzionowej, a pojawiające się okresy gorączkowe o torze przerywanym i szybko narastająca puchlina brzuszna rozpoznanie to nasze tylko upewniają. Już bowiem wyżej zaznaczyliśmy, że zakrzep pierwotny żyły śledzionowej przebiega niekiedy z wysoką gorączką przerywaną, a nagłe pojawienie się szybko narastającego płynu w jamie brzusznej, przy opisanym zespole objawów, jak duża twarda śledziona, krwotoki z przewodu pokarmowego, niedokrwistość wtórna i leukopenja z trombocytopenją, przy niezmienionej wątrobie, niecodzienne to rozpoznanie tylko ułatwia. Pojawienie się płynu w jamie brzusznej, i to szybko narastającego po każdem nakłuciu, przy równoczesnem wystąpieniu siatki krążenia obocznego w powłokach, świadczy w naszym przypadku o wniknięciu narastającego zakrzepu z jego pierwotnej siedziby w żyle śledzionowej do światła żyły wrotnej.

Chory opuścił klinikę na własne żądanie i nie mieliśmy tem samem możności sekcyjnego potwierdzenia naszego rozpoznania. Nie zgodził się też swego czasu na zabieg operacyjny. Zespół jednak objawów klinicznych był tak typowy dla pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej, że mimo braku badań nekroskopijnych, upoważnieni jesteśmy do umieszczenia go obok dwu powyżej opisanych przypadków, wzbogacając tem samem tak skąpy, jak dotychczas, materjał kazuistyczny tego cierpienia.

Widzimy więc, że pogląd, jakoby rozpoznanie pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej było możliwe jedynie na stole sekcyjnym, nie wytrzymuje krytyki, za czem przemawiają w każdym razie dwa pierwsze nasze przypadki. Mieliśmy już bowiem sposobność w części omawiającej symptomatologję tego cierpienia zaznaczyć, że pierwotny zakrzep żyły śledzionowej jest jednostką chorobową o naogół dość cechującym zespole objawów klinicznych, a w epikryzie poszczególnych opisanych przypadków potwierdzić, że rozpoznanie takie jest za życia możliwe. Rozpoznanie pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej powinno być przeto zawsze w rozważaniach różniczkowych brane w rachubę, zwłaszcza w tych przypadkach, w których wchodzi w grę guz śledziony niejasnego pochodzenia, przy klinicznie prawidłowej wątrobie. W ten sposób przyczynić się można niewątpliwie do zmniejszenia grupy schorzeń, ujętych nic nie znaczącem mianem *„splenomegalia idiopathica"*. Uderzającą jest rzeczą, że mimo rzadkości tego cierpienia, wszystkie wyżej opisane przypadki znalazły się w klinice naszej w ciągu krótkiego stosunkowo czasu, bo mniej więcej w ciągu roku; również i Kretz miał sposobność w takim krótkim okresie czasu rozpoznać i potwierdzić wynikami sekcji aż trzy przypadki tego cierpienia. Nie przesądzamy bynajmniej tem samem sprawy, jakoby pierwotny zakrzep żyły śledzionowej należał do chorób względnie częstych, sądzimy raczej, że rzecz się ma wręcz przeciwnie, a spostrzeżenia wyżej opisane kładziemy na karb zwykłego zbiegu okoliczności. Za taką możliwością przemawiałyby również wspomniane już wyżej wyniki badań statystycznych, przeprowadzonych przez Lubarscha na 30.000 sekcyj. Otóż na tym dużym materjale stwierdził autor zaledwie 65 zakrzepów żyły śledzionowej i to, co szczególnie podkreślić należy, przeważnie pochodzenia wtórnego. Nie jest jednakże rzeczą wykluczoną, że przy zwykłej technice sekcyjnej, polegającej na wyjmowaniu oddzielnem poszczególnych narządów, nie zwraca się należytej uwagi na możliwości zakrzepu żyły śledzionowej. Słusznie też, zdaniem naszem, podkreśla Eppinger, aby przy sekcjach z guzem śledziony niejasnego pochodzenia, zwracano *in situ* baczną uwagę na żyły śledzionowe.

Na uwagę zasługuje i ta okoliczność, że na trzy opisane przez nas przypadki pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej, jeden dotyczył osobnika z czynną kiłą i drugi — z cechami kiły wrodzonej. Simmons, Lossen już dawniej dopatrywali się związku przyczynowego tego cierpienia z kiłą. Coraz też częściej gromadzą się doniesienia w piśmiennictwie, że stwierdzony pierwotny zakrzep żyły śledzionowej dotyczył chorych z przebytą kiłą (Eppinger, Epstein, Rauchenbichler, Schlesinger). Również więc i nasze przypadki mogłyby przemawiać za tem, że kiła, poza oczywiście i innemi przyczynami, odgrywać może doniosłą rolę w etjologji pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej.

Przypadki nasze pozwalają jeszcze na wysnucie niezmiernie doniosłego wniosku. Z trzech bowiem opisanych przypadków był jeden operowany, i to z bardzo dobremi wynikami, dwa zaś pozostałe, nie operowane, skończyły się zejściem śmiertelnem. Wskazania więc do splenektomji we wcześnie rozpoznanych przypadkach pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej mają swoje uzasadnienie nietylko teoretyczne, omówione już poprzednio, ale mieć mogą i duże znaczenie praktyczne. Leczenie chirurgiczne powinno być zasadniczą metodą leczniczą nawet w tych przypadkach pierwotnego zakrzepu żyły śledzionowej, w których zdołano wykryć tło ogólne cierpienia np. kiłę, gdyż i tutaj jest leczenie swoiste właściwie bezsilne. Liczenie na możliwość wystąpienia powrotu drożności żyły w ogólności, a w szczególności trwałego, nie może być żadnem usprawiedliwieniem dla stosowania leczenia zachowawczego. Leczenie to nie może bowiem zapobiec ewentualnemu przejściu zakrzepu z żyły śledzionowej do pnia żyły wrotnej, nie mówiąc już o możliwości śmiertelnych krwotoków.

Piśmiennictwo:

1) Baumgarten: (cyt. wg. Eppingera p. n.). — 2) Cauchois: These de Paris. Steinheil 1908. — 3) Dziembowski: Polski Przegląd Chirurgiczny 1925 str. 30. — 4) Eppinger: Die hepatolienalen Erkrankungen 1920 Berlin, str. 386. — 5) Eppinger i Ranzi: Verhandl. d. Gesellschaft deutsch. Naturforscher

u. Aerzte. Wiedeń 1913. str. 413. — 6) Epstein: Med. Kl. 1930. Nr. 26. str. 962. — 7) Kretz: Med. Kl. 1928. Nr. 8. str. 295. — 8) Lossen: Mitteil. a. d. Grenzgebieten. 1904. 13. str. 753. — 9) Lubarsch: Henke-Lubarsch, Handbuch d. spez. patholog. Anatomie. Tom I. część 2. — 10) Oettinger et P. F. Marie: Rev. Med. 1911. — 11) Opitz: Jahrbuch f. Kinderheilkunde. T. 107. str. 211. — 12) Rauchenbichler: Dtsche Ztschr. f. Chirurgie. 1926. T. 198. str. 412. — 13) Rosenthal: Kl. Woch. 1924. str. 1466. — 14) Schlesinger: Syphilis u. innere Medizin. Wiedeń 1925. T. I. str. 206 i 211. — 15) Simons: Virch. Arch. 1912. 207. str. 360. — 16) Umber: Bergmann-Staehelin. Handbuch d. inneren Krankheiten. T. III. część 2.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Józef KAWIECKI, lekarz miejski. Warka.

Niezwykły wypadek wyzdrowienia po ranie jamy brzusznej.

W Nr. 26 „Pol. Gaz. Lekarskiej" kol. Famiński podał ciekawy przypadek zupełnego wyzdrowienia po rozpruciu jamy brzusznej przez rogi byka 63-letniej pacjentki. Podobny przypadek miałem przed kilkoma laty w Warce. Chłopiec wiejski w wieku 8 lat spadł z wozu tak nieszczęśliwie, że nadział się na jakiś duży gwóźdź, który mu przebił jamę brzuszną powodując wypadnięcie jelit. Było to w upalny dzień lipcowy. W pół godziny po wypadku przywieziono chłopca do mnie. Chory bez tętna, wybitnie blady, wymiotuje. Rana przykryta brudną, jakąś lepiącą się szmatą, po zdjęciu której ukazały się na wierzchu pętle jelit pokryte piaskiem i sieczką. Wypadnięta pętla jelit była wielkości pięści. Po dokładnem zbadaniu stwierdziłem, że ścianki jelit w żadnem miejscu nie były uszkodzone. Ponieważ otwór rany kłutej przepuszczał zaledwie palec, zrobiłem więc cięcie dług. 3 cm, poczem wprowadziłem wypadnięte jelita po uprzedniem przemyciu fizjologicznym roztworem soli kuchennej. Ranę zaszyłem pozostawiając jednak sączek z gazy jodoformowej. Stan chorego był, zdawało się, beznadziejny. Po wstrzyknięciu olejku kamforowego, odesłałem chłopca do domu, uprzedzając rodziców, że w drodze może umrzeć. Ku memu wielkiemu zdziwieniu nazajutrz przywieziono chłopca w następującym stanie: ciepłota c. 39,9°, tętno 120, dość dobrze napięte; brzuch wzdęty, na sączku nieznaczna ilość ropnej wydzieliny. Oczywiście, obraz zapalenia otrzewnej. Wymiotów ani żadnych bólów nie ma. Stolca ani wiatrów nie oddaje. Zmieniłem opatrunek i zaleciłem lewatywy oraz lód na brzuch. Na trzeci dzień ciepł. 37,5, tętno 90; wypróżnienie po lewatywie. Piątego dnia ciepłota 36,5; tętno 80. Rana zagojona. Chłopak czuje się zdrów.

W danym przypadku, choć otrzewna zareagowała na uszkodzenie krótkotrwałem zapaleniem, wyszła jednak ze sprawy zwycięsko tak, że „pogląd o prawie nieograniczonej odporności otrzewnej na zakażenie", jak się wyraża kol. Famiński, zdaje się mieć słuszne podstawy.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Doc. U. J. K. Dr. Witold LIPIŃSKI. Lwów.
Ordynator Oddz. zakaźn. Państw. Szpit. powszechn.

Sprawozdanie z działalności Oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie za rok 1931.

W ciągu roku 1931 leczono na Oddziale zakaźnym Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie 1752 chorych zakaźnych. Liczba dni leczenia wyniosła 38954, na jednego chorego przypada zatem 22 dni leczenia. Zmarło 150 chorych, w tem 34 do 24 godzin po przyjściu na oddział. Przeciętna śmiertelność wynosi zatem 8,5%, względnie 6,7% po odliczeniu chorych, przywiezionych w agonji. Sekcyj naukowych wykonano w Zakładzie Anatomji patologicznej (Dyrektor: Prof. Dr. Nowicki) 133.

Podobnie jak w latach ubiegłych, naczelne miejsce pod względem ilości chorych zajmuje *płonica*. Płonicy leczono 570 przypadków, otrzymując zaledwie 2,1% śmiertelności. Równoczesne zakażenie błonicą spostrzegano u chorych płonicznych w 79 przypadkach. Śmiertelność przy zakażeniu mieszanem wynosiła 13,1%. Ten stosunkowo znaczny % śmiertelności należy sobie tłumaczyć ciężkim przebiegiem, ponieważ chorzy ci otrzymywali surowicę przeciwbłoniczą niejednokrotnie późno, dopiero po przyjściu na oddział zakaźny.

Surowicę przeciwpłoniczą podawano w celach leczniczych jednorazowo, w dawkach 10 cm³ domięśniowo, w przypadkach toksycznych dożylnie. Zgodnie z naszym stanowiskiem zajmowanym uprzednio, podawano surowicę P. Z. H. jedynie w przypadkach ciężkich.

Rzut oka wstecz za lata ubiegłe wskazuje na stały spadek śmiertelności przy płonicy. Podczas gdy jeszcze w roku 1928 śmiertelność wynosiła 4,7% wyniosła w

1929 r.	3,8%
1930 r.	2,2%
1931 r.	2,1%

Przy równoczesnem zakażeniu błonicą chorych płoniczych zauważyć można również spadek śmiertelności, i tak:

w 1928 r.	32%
w 1929 r.	25%
w 1930 r.	21,8%
w 1931 r.	13,1%

Działanie surowicy przeciwpłoniczej było, podobnie jak w latach ubiegłych, przeważnie korzystne. Surowica usuwała lub łagodziła znacznie objawy pierwotnie toksyczne. Na schorzenia wtórne nie miała wpływu, nawet w przypadkach, w których podano ją bardzo wcześnie. W celach zapobiegawczych stosowano surowicę przeciwpłoniczą na oddziale błoniczym.

Ze schorzeń wtórnych do najczęstszych należało zajęcie gruczołów szyjnych i podszczękowych. O ile leczenie zapobiegawcze nie odnosiło skutku, wykonywano nacięcie gruczołów zropiałych (w 41 przyp.). Systematyczne badanie narządu słuchu dawało w 23 przypadkach wskazanie do nakłucia błony bębenkowej. Doszczętnych operacyj ucha *(antrotomia)* wykonano u 9-ciu chorych, przysłanych na oddział w celach operacyjnych. Wszyscy chorzy operowani opuścili oddział wyleczeni.

W zmianach błonicowatych w jamie ustnej w pierwszych dniach płonicy stosowano z wynikiem korzystnym *„Stovarsol"* lub *„Treparsol" per os*. Równoczesne przepłukiwanie, względnie przestrzykiwanie jamy ustnej roztworami stowarsolu lub treparsolu, powodowało szybkie ustępowanie zmian błonicowatych. Zapalenie nerek było przeważnie lekkie i krótkotrwałe. Przy mocznicy stosowano poza głodówką i dietą cukrową przez 24 do 48 godzin, upusty krwi a przy drgawkach i utracie przytomności nakłucie lędźwiowe (w 10 przyp.).

Wrażliwość na błonicę badano u ozdrowieńców po płonicy przy pomocy odczynu Schicka. Wyniki dodatnie odczytywano po 48 godzinach, a nieraz po 72 godzinach. Osobników z dodatnim odczynem Schicka uodparniano anatoksyną błoniczą Ramona. Anatoksynę podawano podskórnie, przeważnie dwukrotnie, rzadziej trzy razy w odstępach dwutygodniowych. Anatoksynę Ramona podano 933 razy, uodparniając 360 osób. Odczyny miejscowe, objawiające się zaczerwienieniem skóry, obrzękiem lub nawet naciekiem, były częstsze u dzieci starszych. Odczyny ogólne występowały rzadziej, przyczem ciepłota nie przekraczała 38 stopni C. Odczyny poszczepienne ustępowały do kilku dni.

U każdego chorego płoniczego pobierano w dniu przyjścia na oddział treść z nosa i gardzieli celem bakterjologicznego zbadania na obecność zarazków błonicy. Posiewy wykonywano na pożywkach Costy-Lipińskiego. Pracownia bakterjologiczna oddziału zakaźnego wykonała posiewów na maczugowce Löfflera, łącznie z materjałem oddziału błoniczego, 3335. Chorych płoniczych z dodatnim wynikiem badania bakterjologicznego odosabniano.

Przy poronnym przebiegu płonicy rozpoznanie wymagało niejednokrotnie dłuższej obserwacji. Systematyczne badania krwi morfologiczne, obraz krwi podług Schillinga, objaw Schultz-Charltona, obok odczynu Dicków umożliwiały niejednokrotnie ustalenie trudnego rozpoznania.

Dokładne wywiady wykazały w 34 przypadkach zakażenie płonicą u osób szczepionych ochronnie. Od szczepienia upłynął okres czasu: od jednego tygodnia do trzech lat. Wszyscy chorzy byli uodparniani poprzednio niedostatecznie, przeważnie raz, rzadziej dwukrotnie. Kontrolnego odczynu Dicków nie wykonano u nich po ukończeniu szczepienia. Z chorych szczepionych nikt nie zmarł, przebieg był niejednokrotnie poronny. Szczepienie ochronne czynne przeciw płonicy jest zatem bronią skuteczną i należy z niej korzystać w szerokim zakresie.

Błonicy nosa, gardła i krtani leczono w roku ubiegłym 202 przypadków. Rzut oka na ostatnie lata wskazuje na stały wzrost błonicy, a to leczono:

w 1928 r.	113 przyp.
w 1929 r.	133 przyp.
w 1930 r.	174 przyp.
w 1931 r.	202 przyp.

Zmarło 33 chorych, w tem 9 do 24 godzin po przywiezieniu na oddział. Śmiertelność wynosiła zatem 16,3%, względnie po wyłączeniu chorych, przywiezionych w agonji, 12,4%. Powodu zejścia śmiertelnego należy szukać, podobnie jak w latach ubiegłych w porażeniu mięśnia sercowego na skutek zbyt późnego podania surowicy przeciwbłoniczej. Na oddział przywożono niejednokrotnie przypadki nierozpoznane, zaniedbane, które u 40 chorych wymagały natychmiastowej intubacji. Konieczność intubowania w około 20% przypadków daje dostateczny pogląd o złośliwości infekcji z jednej strony, a stanie zaniedbania z drugiej, w jakim chorych przywożono na oddział. Powolny, ale stały wzrost zachorowań przy ustawicznem zwiększaniu się zjadliwości zarazka daje bezwzględne wskazanie do szczepienia ochronnego anatoksyną błoniczą Ramona. Korzystne wyniki autorów zagranicznych i doświadczenie własne naszego oddziału świadczą niezbicie o nieszkodliwości i skuteczności szczepienia.

Surowicy przeciwbłoniczej zużyto na oddziele zakaźnym w roku zeszłym 803 ampułek, a to:

po 3000 j. o.	201
po 4000 j. o.	171
po 5000 j. o.	222
po 6000 j. o.	209

W przypadkach błonicy złośliwej podawano z dobrym wynikiem równocześnie z surowicą przeciwbłoniczą (500 j. o. na 1 kg wagi ciała) surowicę przeciwpaciorkowcową lub przeciwpłoniczą domięśniowo, często dożylnie. Chorobę posurowiczą spostrzegano stosunkowo rzadko. Wyciąg ze śledziony, podawany wśródskórnie, łagodził szybko objawy.

Róży leczono 285 przypadków. Zmarło 21 osób, z tego 1 do 24 godzin. Śmiertelność wynosi zatem 7%. Poza obojętnemi okładami i lekami nasercowemi, stosowano leczenie wstrząsowe przez domięśniowe podanie mleka. Mleko stosowano w 164 przypadkach. Po podaniu mleka przychodziło wśród dreszczy do wzniesienia ciepłoty, poczem po kilku lub kilkunastu godzinach ciepłota przeważnie spadała, skóra bladła, róża cofała się. U osób starszych, wyniszczonych stosowano autohemoterapję (76 razy).

Duru brzusznego leczono 120 przypadków. Był on przedmiotem szczególnego zainteresowania i specjalnych badań na naszym oddziale. Rozpoznanie każdego przypadku duru brzusznego ustalano poza badaniem fizykalnem na podstawie badania krwi postaciowego, badaniem bakterjologicznem i serologicznem. Posiewy krwi, wykonywane systematycznie, dawały nam wyniki dodatnie w prawie 100%, i to nietylko w przypadkach klinicznie ciężkich, w pierwszych dniach zachorowania, ale również lekkich a nawet poronnych, w okresach późniejszych choroby, a nawet w okresie zdrowienia. Ujemne wyniki odczynów zlepnych otrzymywano wyjątkowo, chociaż należy zaznaczyć, że spotykano się z niemi w przypadkach niewątpliwego duru brzusznego, przy dodatnim posiewie krwi, nawet w późnej rekonwalescencji. Ani dodatni posiew ani ujemny odczyn serologiczny nie świadczyły bezwzględnie o ciężkim klinicznym przebiegu. Jako rzecz niezmiernie charakterystyczną, analogiczną do przypadku opisanego w czasie wojny, zapodam, że w jednym przypadku wyhodowano z krwi chorego pałeczki durowe, podczas gdy sekcja zmarłego, wykonana na czwarty dzień choroby stwierdziła wyłącznie gruźlicze zapalenie opon mózgowych, nie znajdując zmian anatomopatologicznych, charakterystycznych dla duru. Czy w danym przypadku mieliśmy przed sobą wczesny okres posocznicy durowej, w której szybkie zejście z powodu gruźlicy opon nie pozwoliło na powstanie zmian anatomopatologicznych durowych, czy też obecność pałeczek durowych we krwi była przypadkowa, obojętna dla gospodarza, trudno rozstrzygnąć.

Przebieg duru prawie z reguły ciężki, częste powikłania ze strony płuc, występowanie uporczywych krwotoków jelitowych, które niejednokrotnie tylko z trudem można było opanować, stały wzrost śmiertelności, który w r. 1929 doprowadził do 22%, mimo nieustannych wysiłków z naszej strony, napawał nas ciężką troską na przyszłość i kazał szukać nowych dróg w leczeniu.

Zachęcony przez szwajcarskiego klinicystę, prof. Sahliego, postanowiłem w pierwszych dniach sierpnia zeszłego roku, idąc za jego przykładem, wprowadzić do lecznictwa duru brzusznego sole bizmutowe. Początkowo stosowałem preparat oryginalny Quimby, zalecany przez Sahliego, później, ze względów ekonomicznych, preparaty krajowe: *Bismutum-chininum-jodatum*, firmy Spiess i Motor. Oryginalny preparat *Quimby* zawiera w zawiesinie oleistej 30% bizmutu, 19% chininy, 51% jodu, preparat Spiessa natomiast, według zapodania działu naukowego wytwórni, 23,66% bizmutu, 18,42% chininy i 57,79% jodu. Schemat opracowany przeze mnie, odmienny od schematu Sahliego, polegał na codziennem domięśniowem podaniu 3 cm^3 zawiesiny przez 10 do 12 dni, a nawet i dłużej. Dzieci do lat 14 otrzymywały połowę dawki. Zarówno preparat oryginalny *Quimby*, jako też preparaty krajowe, znoszone były dobrze. Poza kontrolą dziąseł i jamy ustnej, konieczną zwłaszcza u osobników z zębami karjetycznemi, i codziennem badaniem moczu chorego, podawanie soli bizmutowych nie wymagało żadnych specjalnych środków ostrożności.

Chemoterapeutyczne leczenie duru brzusznego zapomocą jodobizmutanu chininy stosowałem od sierpnia 1930 r. aż do chwili obecnej u 127 chorych durowych. Wyniki otrzymałem nadzwyczaj korzystne. Mimo z reguły ciężkiego przebiegu klinicznego zmarło tylko 2 chorych durowych, bo 5 chorych, przywiezionych w agonji, dwukrotnie z rozlanem zapaleniem otrzewnej, wskutek kilkodniowego pobytu na oddziale, otrzymało jedną do dwóch injekcyj bizmutu i tem samem musi odpaść przy rozpatrywaniu. *Śmiertelność przy durze, wynosząca w zeszłym roku 22,2%, spadła zatem, przy chemoterapeutycznem leczeniu do 1,6%.*

Wpływ jodobizmutanu chininy na przebieg choroby ujawniał się w pierwszym rzędzie w szybkiem zanikaniu stanu odurzenia i objawów oponowych, ustępowaniu nieprzytomności, wybitnej poprawie samopoczucia, przyczem charakter przebiegu duru okazywał się znacznie złagodzonym.

Akcja serca ulegała poprawie, objawy ze strony płuc polepszeniu. Nawroty, dotychczas częste, występowały rzadko. Wybitnego skrócenia okresu gorączkowego nie spostrzegałem. Krytycznych spadków ciepłoty, spostrzeganych przez Sahliego, nie zauważyłem. Tam, gdzie występowały, można było je wytłumaczyć przebiegiem zwykłym. Nie notowano objawów wstrząsu. Dodatnie wyniki posiewów z krwi przy leczeniu solami bizmutowemi przemawiają przeciwko wyjałowieniu ustroju. Systematyczne badania krwi morfologiczne nie wykazały większych zmian od charakterystycznych dla duru nie leczonego bizmutem.

Na podstawie moich spostrzeżeń, nie uważam, w przeciwieństwie do Sahliego, działania jodobizmutanu chininy, mimo doskonałych wyników leczniczych, za działanie swoiste. Natomiast sądzę, że wyniki lecznicze należy sobie tłumaczyć zadziałaniem jodobizmutanu chininy na aparat siateczkowo-śródbłonkowy. Zadrażnienie aparatu siateczkowo-śródbłonkowego powoduje u chorego przestrojenie organizmu. Osłabienie komponenty jadotwórczej pałeczki durowej, charakteryzujące się w pierwszym rzędzie cofaniem się objawów mózgowych i nerwowych, z zachowaniem komponenty antygenowej, oraz zmiana podłoża, są, zdaniem mojem, czynnikami rozstrzygającemi w mechaniźmie zdrowienia.

Duru rzekomego B leczono 4 przypadki. Przebieg kliniczny odpowiadał durowi brzusznemu.

Duru osutkowego leczono 19 przypadków, zmarła jedna osoba w wieku podeszłym.

Czerwonki leczono 18 przypadków. Zmarły 3 osoby, przysłane na oddział w stanie znacznego wyniszczenia. Stosowano surowicę przeciwczerwonkową P. Z. H. w Warszawie, w dawkach co najmniej 50 cm^3 u dorosłych, domięśniowo. U dzieci małych i osesków podawano z dobremi wynikami surowicę przeciwczerwonkową doustnie.

Odry leczono 21 przypadków. U ozdrowieńców dorosłych, wolnych od kiły i gruźlicy, pobierano na dziesiąty dzień po spadku ciepłoty krew celem uzyskania surowicy Degkwitza. Działanie zapobiegawcze surowicy Degkwitza było wyraźne.

Nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych leczono 8 przypadków. Zmarły 3 osoby, przysłane na oddział w okresie późnym. Leczenie polegało na wykonywaniu nakłuć lędźwiowych, dolędźwiowem podawaniu surowicy przeciwmeningokokowej, domięśniowem stosowaniu szczepionki przeciwmeningokokowej i dożylnem wlewaniu 40% roztworu urotropiny.

Gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych leczono 25 przypadków; zmarło 17 osób, z tego 8 do 24-ech godzin po przyjściu na oddział.

Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, wywołanego przez pneumokoki (Streptococcus lanceolatus) leczono 4 przypadki. Wszystkie zmarły, w tem 3 do 24 godzin po przyjściu na oddział.

Wąglik skórny, rozpoznawany zapomocą hodowli i doświadczenia na myszce, leczono w roku zeszłym w 9-ciu przypadkach. Przy dożylnem podawaniu neoarsenobenzolu uzyskano w 100% zupełne wyleczenie. Miejscowo stosowano okłady.

Wodowstrętu (lyssa) leczono na oddziale zakaźnym 1 przypadek. Zmarł do 24 godzin po przyjściu na oddział.

Wykaz badań, wykonanych w pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie w r. 1931.

	Kał				Mocz			
	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskopowo	Chemicznie	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Chemicznie
Styczeń	76	9	67	—	138	3	71	64
Luty	52	6	45	1	182	1	90	91
Marzec	86	13	72	1	154	4	77	73
Kwiecień	91	23	68	—	161	1	80	80
Maj	117	27	90	—	191	5	93	93
Czerwiec	87	30	57	—	148	—	74	74
Lipiec	147	62	84	1	183	—	91	92
Sierpień	126	62	64	—	150	4	73	73
Wrzesień	138	57	81	—	166	4	81	81
Październik	153	53	100	—	169	9	81	79
Listopad	197	48	149	—	143	5	72	66
Grudzień	125	15	110	—	130	1	65	64
	1395	405	927	3	1915	37	948	930

	K r e w											
	Wykonano badań											
						aglutynacyjn.				Odczyn Wasser.		
	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Cytolog.	Ogółem	Z pałeczką duru brzusznego	z pałeczką Para B.	Odczyn Weil Felixa	z pałeczką Flexnera	z surowicą czynną	surowicą nieczynną	Odczyn zmętnienia Meinickego
Styczeń	58	22	1	35	126	22	22	22	—	20	20	20
Luty	43	13	1	29	123	14	14	14	—	27	27	27
Marzec	65	28	1	36	159	22	22	22	—	31	31	31
Kwiecień	72	32	—	40	156	29	29	29	—	23	23	23
Maj	65	15	2	48	138	15	15	15	—	31	31	31
Czerwiec	95	38	—	57	249	36	36	36	—	47	47	47
Lipiec	122	50	—	72	318	46	46	46	—	60	60	60
Sierpień	116	49	—	67	294	47	47	47	—	51	51	51
Wrzesień	110	41	—	69	231	37	37	37	—	40	40	40
Październik	107	35	—	72	203	28	28	28	—	26	26	67
Listopad	104	26	1	77	187	26	26	26	—	5	5	99
Grudzień	72	18	—	54	64	18	18	18	—	—	—	10
	1029	367	6	656	2248	340	340	340	—	361	361	506

	Płyn mózgowordzen.					Wydzielina z gardła i nosa			
							Hodowle		
	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Chemicznie	Odczyn Wasserm.	Ogółem	Maczugowców Löfflera	Meningokoków	Mikroskop.
Styczeń	30	10	10	10	—	331	326	1	4
Luty	74	23	25	25	1	227	216	1	10
Marzec	44	14	15	15	—	282	275	2	5
Kwiecień	30	10	10	10	—	278	277	—	1
Maj	87	29	29	29	—	299	293	—	6
Czerwiec	48	10	19	19	—	232	222	3	7
Lipiec	75	11	32	32	—	248	241	3	4
Sierpień	38	10	14	14	—	165	159	3	3
Wrzesień	19	5	7	7	—	253	244	—	9
Październik	31	5	13	13	—	411	395	1	15
Listopad	32	6	13	13	—	392	380	—	12
Grudzień	17	3	7	7	—	311	307	—	4
	525	136	194	194	1	3429	3335	14	80

	Plwocina		Ropa i wysięki zapalne			Próba apar. dezynfekc.	Pobrano surowicę u ozd.			
	Ogółem	Mikroskop.	Ogółem	Bakterjolog.	Mikroskop.	Z las. sienną	U ozdrow. odrow.	Szczepionki	Ogółem przysłano próbek	Ogółem wykonano badań
Styczeń	10	10	8	4	4	2	—	2	583	781
Luty	7	7	8	4	4	2	—	1	500	719
Marzec	4	4	6	3	3	2	—	—	588	802
Kwiecień	8	8	8	4	4	2	—	1	614	807
Maj	5	5	6	3	3	2	—	—	672	910
Czerwiec	9	9	8	4	4	3	2	—	613	881
Lipiec	14	14	30	15	15	3	—	—	792	1140
Sierpień	16	16	12	6	6	2	1	—	623	920
Wrzesień	13	13	10	5	5	3	1	1	687	945
Październik	3	3	8	4	4	3	—	1	888	1089
Listopad	4	4	20	10	10	2	1	—	883	1082
Grudzień	1	1	8	4	4	2	—	—	622	730
	94	94	132	66	66	28	5	6	8065	10806

Zapalenia gardła (anginy) Plaut-Vincent'a leczono 18 przypadków. Doustne podawanie stowarsolu lub treparsolu powodowało szybkie ustępowanie zmian chorobowych.

Tężca leczono 15 przypadków. Zmarły 4 osoby, w tem 2 do 24 godzin po przyjściu na oddział.

Grypy, powikłanej często zapaleniem płuc, leczono 74 przypadków; zmarła 1 osoba w wieku starszym.

Poza tem leczono 13 przypadków wiatrówki, 3 przypadki ostrej białaczki szpikowej, 9 przypadków krztuśca, 19 przypadków nagminnego zapalenia gruczołu przyusznego, 1 przypadek zimnicy (trzeciaczki), 9 przypadków gruźlicy płuc i t. d.

Oddział zakaźny pozostawał w ścisłym kontakcie z kierownikiem działu zakaźnego Miejskiego Urzędu Zdrowia, p. Dr. D a m m e m. Dzięki fachowemu doświadczeniu i czujności p. Dr. Damma, możliwem było opanowanie epidemji w mieście, która mogła nieraz przybrać rozmiary poważniejsze wobec ciężkich niejednokrotnie warunków higjenicznych.

Sprawozdanie z działalności naukowej Oddziału zakaźnego.

Oddział zakaźny brał żywy udział w posiedzeniach koła naukowego lekarzy szpitalnych, przedstawiał chorych w Lwowskiem Towarzystwie Lekarskiem, brał czynny udział w zjazdach krajowych i zagranicznych.

Prym. L i p i ń s k i: 1) *Recherches sur l'influence des parasites intestinaux sur l'organisme humain et les nouvelles méthodes de traitement des maladies parasitaires (Ascaridosis, trichocephaliasis, oxyuriasis)* wygłoszono na Międzynarodowym Zjeździe Patologji porównawczej w Paryżu, w październiku 1931 r., za pośrednictwem prof. Moraczewskiego.

2) Chemoterapja duru brzusznego na podstawie badań własnych. (Wygłoszono na Zjeździe Mikrobiologów i Epidemjologów w Warszawie w listopadzie 1931 r.).

Dr. B e r e s t i Dr. A p p e r m a n n: Przyczynek do badań nad agranulocytozą (wygłoszono na Zjeździe Mikrobiologów i Epidemjologów w Warszawie, listopad 1931 r. Nr. 20 P. G. L. 1932).

Dr. S z k i r p a n: Surowice i szczepionki (referat poglądowy na posiedzeniu kółka naukowego lekarzy szpitalnych).

Dr. K m e t y k: O błonicy (referat wygłoszony na kółku naukowem lekarzy szpitalnych).

Sprawozdanie z działalności pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego.

Pracownia bakterjologiczna oddziału zakaźnego wykonała w roku ubiegłym 10.806 badań bakterjologicznych, serologicznych i klinicznych, nie włączając badań, wykonanych na poszczególnych oddziałach. Jak wykazuje zestawienie szczegółowe, wykonano badań krwi 1.029, w tem 367 posiewów i 656 badań cytologicznych. Serologicznych badań wykonano 2.248, w tem odczynów Gruber-Widala z pałeczką duru brzusznego 340, tyleż z pałeczką duru rzekomego B, wreszcie 340 odczynów Weil-Felixa. Stacja Wassermannowska wykonała odczynów Wassermanna z surowicą krwi, w stanie czynnym i unieczynnionym, z płynami przesiękowemi i z płynem mózgowo-rdzeniowym 723. Odczynów zmętnienia Meinickego (M. T. R.) wykonano równocześnie z odczynem Wassermanna 506, uzyskując zgodność z odczynem Wassermanna w blisko 100%. Badań bakterjologicznych treści z nosa i gardzieli wykonano 3,429. Podobnie jak w latach poprzednich badano każdego chorego płoniczego po przyjściu na oddział i przed wyjściem z oddziału na obecność zarazków błoniczych. Posiewów na pożywce Costy, zmodyfikowanej przez Lipińskiego, wykonano 3,335. Pożywka wykazała w dalszym ciągu wielkie zalety, umożliwiając pewne rozpoznanie w przeciągu 24 godzin.

Badań kału wykonano 1.395, w tem 405 posiewów, a 927 mikroskopowych. Badań moczu mikroskopowych, chemicznych i bakterjologicznych wykonano 1915. Płyn mózgowo-rdzeniowy badano 525 razy, mikroskopowo, chemicznie i bakterjologicznie. Ropę i wysięki badano 132 razy, mikroskopowo i przy pomocy hodowli.

U ozdrowieńców poodrowych pobierano krew celem otrzymania surowicy Degkwitza w pięciu przypadkach. Badania na jałowość wykonywała każdorazowo pracownia bakterjologiczna.

Aparat „Vacuform" typu U. D. S. dla dezynfekcji parą formalinowo-wodną przy temp. 60—65° C. i próżni 60—65 cm słupa rtęci, pozostawał pod stałą kontrolą pracowni bakterjologicznej. Badania kontrolne wykonywano co 14 dni.

Poza oddziałem zakaźnym korzystały z naszej pracowni inne oddziały szpitalne, jak oddział wewnętrzny I. i II, oddział nerwowy, dziecięcy, chirurgiczny, urologiczny i położniczo-ginekologiczny.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Opieki Społecznej.

Warszawa, dnia 30 lipca 1932 roku.

Inspekcje kolonij letnich.

Okólnik Nr. 26/32.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Polecam Panu Wojewodzie (Panu Komisarzowi Rządu) wydać zarządzenie podległym Mu lekarzom powiatowym, aby po otrzymaniu niniejszego okólnika dokonali inspekcyj wszystkich kolonij letnich i półkolonij, znajdujących się na terenie ich powiatów, i rozciągnęli nad niemi stałą opiekę.

Sprawozdanie z inspekcji każdej kolonji (półkolonji) powinno być sporządzone w 2-ch egzemplarzach, z których jeden ma być nadesłany Ministerstwu Opieki Społecznej za pośrednictwem Pana Wojewody (Pana Komisarza Rządu) do dnia 10. IX. b. r., drugi powinien zatrzymać lekarz powiatowy, jako podstawę do dalszej pracy inspekcyjnej, przytem zakwalifikowanie terenów na kolonje i półkolonje powinno posłużyć za podstawę organizacji kolonji w następnym roku.

Sprawozdanie należy sporządzić według załączonego wzoru.

Minister: *Dr. St. Hubicki.*

Wzór:

Sprawozdanie z inspekcji kolonji letniej dla dzieci.

1. Adres kolonji:
2. Rodzaj: odpoczynkowa, lecznicza, półkolonja:
3. Przez kogo prowadzona (nazwa instytucji):
4. Liczba dzieci: w tem chłopców , dziewcząt
5. Opis miejscowości: a) obszar zajęty , b) właściwości gruntu (przepuszczalny, nieprzepuszczalny i t. p.), c) roślinność (zadrzewienie, krzaki, trawniki), d) odległość od miasta (wsi od drogi), e) bliskość lasu wody , f) zauważone braki (mgły, wilgoć, kurz i t. p.).
6. Opis pomieszczeń: a) budynki, namioty. Rodzaj budynku (drewniany, murowany). Objętość wystarczająca, niewystarczająca. Przewietrzanie dobre, złe. Czy jest: jadalnia , leżalnie , pokój izolacyjny.

Przeznaczenie zabudowań poza okresem kolonji:

7. Opis urządzeń higjenicznych: a) woda do picia: dobra, zła, wodociąg, studnia, b) zbieranie i usuwanie nieczystości (śmieci) dobre, złe, c) ustępy, liczba , w budynku, oddzielnie, dobre, złe, d) urządzenia do mycia, kąpieli, prania (czy są i gdzie).
8. Urządzenia do gier i zabaw: Zwykłe: są, niema. W razie niepogody: są, niema.
9. Opieka lekarska, pielęgniarska i wychowawcza: a) lekarz stały, przyjezdny. Karty badań są, niema, b) pielęgniarki, są, niema, liczba . Kwalifikacje (dyplom, kurs P. C. K. i t. p.), c) personel wychowawczy, liczba , kwalifikacje (nauczyciele, studenci i t. p.).
10. Odżywianie dzieci: liczba posiłków , wystarczające niewystarczające.
11. Porządek dnia: jest, niema, zachowany, nie.
12. Czy były podczas inspekcji dzieci chorej (wiele, na co):
13. Wrażenie ogólne: utrzymanie czystości terenu zadawalające, nie, budynków , urządzeń , wygląd dzieci , nastrój .

O p i n j a: o kolonji z uwzględnieniem: a) miejscowości, b) budynków, c) urządzeń, d) organizacji pracy.

Wniosek o przydatności kolonji na przyszłość:

Podpis lekarza powiatowego:

Data oględzin:

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LIX, nr. 31, z 31 lipca 1932: Z. L i r o: Jak przyrządzać Decoctum Condurango. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Wiedza Lekarska, rok VI, nr. 7, za lipiec 1932: Zdrowotność Warszawy w świetle danych Kasy Chorych.

Wiadomości Kas Chorych, rok III, nr. 11—12 z 1 sierpnia 1932: Dział urzędowy. — Higjena społeczna. — Z życia kas chorych.

Przegląd dentystyczny, rok XII, nr. 6 z czerwca 1932: J. G a l a s i ń s k a: O koronie pełnej lanej. — L. B r e n n e j s e n: Doświadczalne stwierdzenie wartości oczyszczającej strumienia natrysku kwasowęglowego. — J. G o m b i ń s k i: O modyfikacji międzynarodowej zębowej nomenklatury.

Pielęgniarka Polska, rok IV, nr. 5, 6, 7, z roku 1932: W. L a n k a j t e s ó w n a: O pielęgniarstwie domowem w Holandji i w Belgji. — J. T i e t z ó w n a: Parę słów o gimnastyce leczniczej. — M. M o r z k o w s k a: Odżywianie w chorobie.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 32, z 7. VIII. 1932: B u g a y s k i: Norweska metoda równoczesnego oznaczania wody i tłuszczu w substancjach organicznych. — Sprawy zawodowe.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

W sprawie otrzymania wrzodu żołądka zapomocą histaminy. ARATA MATSUEDA. Klin. Woch. Nr. 49. 1931. Str. 2265.

Otrzymanie wrzodu trawiennego na drodze eksperymentalnej należy do zadań najcięższych. Ostatnio udało się otrzymać Maclroy a także Büchnerowi u kota, względnie u szczura nadżerkę krwotoczną i wrzód żołądka zapomocą stosowania histaminy. Autor w swoich badaniach eksperymentalnych z histaminą zwrócił uwagę również na stosunek histaminy do wrzodu trawiennego żołądka. Po podskórnem, śródżylnem lub do zlewów oponowych wprowadzeniu histaminy, które wywoływało szybko t. zw. histaminowy wstrząs, nie udało się autorowi otrzymać u zwierząt procesu wrzodziejącego. Natomiast po niewielkich dawkach histaminy wprowadzanych podskórnie przez czas dłuższy i podnoszonych aż do dawki śmiertelnej udawało się autorowi otrzymywać ostry wrzód, anatomicznie podobny do wrzodu trawiennego. Autor wstrzykiwał histaminę królikom, psom i morskim świnkom, po 3 razy dziennie przed jedzeniem, u królików w dawce od 0.3—1.0 mg na kg wagi ciała, wkońcu od 2 do 3,1 mg i to przez czas nawet do 212 dni. Autor otrzymał w czasie od 3—25 dni w 22% królików nadżerkę względnie wrzód krągławy lub owalny, niekiedy kraterowaty, dochodzący niekiedy do mięśniówki a nawet do surowicówki, zwykle na t. zw. drodze żołądka, we wpuście lub odźwierniku. U psów otrzymał je w 33% (1 na 3), u morskich świnek najczęściej, bo w 60% (3 na 5) i to już w 3 do 6 dni. Wrzód okazywał skłonność do przebicia. Na razie autor nie tłumaczy mechanizmu powstawania tych wrzodów histaminowych.

Nowicki (Lwów).

Dalsze przyczynki do etjologji i terapji dusznicy oskrzelowej. (Asthma bronchiale). K. HAJOŚ. Klin. Woch. Nr. 40. 1931. Str. 1860.

Autor zwraca szczególną uwagę na związek między dusznicą oskrzelową a zakaźnemi chorobami dróg oddechowych. Przeziębienia i nieżyty dróg oddechowych zdają się szczególnie usposabiać do napadów dusznicowych. Również w dusznicy oskrzelowej dzieci schorzenia błony śluzowej nosa, migdałków, oskrzeli i płuc przyrody zakaźnej, mają poważne znaczenie dla następowego pojawiania się dolegliwości oddechowych. To samo znaczenie ma przewrażliwość odnośnie do środków spożywczych. Autor podnosi, że przebywanie bakteryjnych chorób dróg oddechowych nietylko nie powoduje odporności, lecz przeciwnie wytwarza skłonność do powtórnego ich powstawania. W powstawaniu dusznicy oskrzelowej ma poważne znaczenie usposobienie odziedziczone i mała odporność dróg oddechowych. Autor przytacza zestawienia liczbowe własne i innych autorów dla poparcia swego zapatrywania o znaczeniu infekcyjnych chorób dróg oddechowych dla dusznicy oskrzelowej, przyczem kładzie duży nacisk na wywiady. Jest też pewien związek między dusznicą a nieżytem szczytów i gruźlicą płuc. Drobnoustroje dróg oddechowych i ich białkowe produkty uczulają uszkodzoną alergiczną błonę śluzową i powodują jej przewrażliwość na drobnoustroje. Schorzenia dróg oddechowych prowadzą nietylko do swoistej przewrażliwości bakteryjnej, lecz ułatwiają powstanie uczulenia także przez inne alergeny, które dają dodatnie próby skórne z wyciągami pleśni, pierza, włosia i t. p. Wychodząc z zapatrywania o znaczeniu chorób bakteryjnych dla powstawania dusznicy oskrzelowej, autor robił szczepionki z mieszanek bakteryjnych, otrzymanych z plwociny. Autor uważa, że także choroby infekcyjne przewodu pokarmowego mają dla

duszniey takież same uczulające znaczenie, jak choroby dróg oddechowych, i dlatego autor robił także z flory jelitowej szczepionki. Jedne i drugie mają dodatnie znaczenie w leczeniu duszniey oskrzelowej,

Nowicki (Lwów).

Przyczynek do kliniki i patologji przemiany materji ukrytych schorzeń wątroby. F. STROEBE. Zeitschrift f. Klin. Med. T. 119. Zeszyt 5—6. 1932.

Dolegliwości podmiotowe są nieznaczne: brak apetytu, wstręt do mięsa, ciśnienie w dołku podsercowym, w prawem podżebrzu, wzdęcie, skłonność do zaparcia. Przedmiotowo: czasem wątroba nieco powiększona, częściej twardsza nieco i tkliwa. Wszystkie objawy mało charakterystyczne. Dopiero następujące próby mogą umożliwić rozpoznanie: a) obciążenie lewulozą (100 lub 50 g) *per os* nie powinno zwiększyć poziomu cukru we krwi więcej niż 30 mg %, a po 2½ godz. poziom cukru we krwi powinien wrócić do wartości wyjściowej, b) poziom bilirubiny we krwi naczczo nie powinien przekraczać 0,5—1 mg %, c) po wstrzyknięciu dożylnem 50 mg bilirubiny w ciągu 3 godz. powinno się wydalić najmniej 15%, d) urobilinurja w moczu naczczo oddanym. Próby powyższe nie dają wartości równoległych, często jedna wypada ujemnie — zależnie od tego, która część czynności wątroby jest uszkodzona.

Wczesne rozpoznanie ukrytych schorzeń wątroby ważne jest w kile, celem zorjentowania się w stopniu zajęcia wątroby przez proces specyficzny i dążeniem naszem powinno być przywrócenie normalnej czynności wątroby a nie zmiana odcz. Wassermanna. Wczesne rozpoznanie niedomogi wątroby pozwala także na wczesne leczenie przez usunięcie czynników szkodliwych i odpowiednią dietę.

H. Długosz (Lwów).

Rola wątroby w pośredniej przemianie białka. KAROL PASCHKIS. Zeitschrift f. Klin. Med. T. 119. Zeszyt 5—6. 1932.

Po podaniu 25—50 g glykokolu w ½ l herbaty naczczo, występuje w przypadkach rozlanego uszkodzenia miąższu wątrobowego amin-acydemja. Prawdopodobnie dzieje się to skutkiem uszkodzenia funkcji desaminacyjnej wątroby.

H. Długosz (Lwów).

Rozpoznanie niemiarowości na podstawie zapisywania tętna. A. FLEISCH, E. MASING i R. BECKMANN. Zeitschrift f. Klin. Med. T. 119. Zeszyt 5—6. 1932.

Fleisch skonstruował aparat, zapisujący przerwy między jednem uderzeniem tętna a drugiem jako linje proste, obok siebie stojące. Z wielkiem prawdopodobieństwem można tylko na podstawie charakterystycznych długości linij rozpoznać: skurcze dodatkowe komorowe, przedsionkowe, zupełną niemiarowość, gromadne skurcze dodatkowe, wolną niemiarowość zatokową — inne jak: skurcze dodatkowe zatokowe, częściowy blok można przypuszczać. Przyrząd ma tę wyższość nad elektrokardjografem, że pozwala na zapisywanie niemiarowości przez ½—1 godz.

H. Długosz (Lwów).

O zaburzeniach w rozkładaniu hemoglobiny w wybroczynach podskórnych u chorych z zastoinową wątrobą. STEFAN FEHER i EMIL ZAK. Zeitschrift f. Klin. Med. T. 119. Zeszyt 5—6. 1932.

Wybroczyny podskórne u chorych zdekompensowanych z zastoinową lub marską wątrobą albo bardzo powoli albo całkiem nie przechodzą normalnego zanikania przez barwę brunatną, żółtą, zieloną, wskutek upośledzenia przenikania lub zupełnego braku przenikania produktów rozpadu hemoglobiny do otoczenia. Zachodzi możliwość wpływu schorzałej wątroby na funkcję organizmu.

H. Długosz (Lwów).

Procentowy rozdział wielkości ciałek czerwonych w różnych niedokrwistościach. A. KAEMMERER. Zeitschrift f. Klin. Med. T. 119. Zeszyt 5—6. 1932.

W niedokrwistościach wtórnych występuje skłonność do zmniejszania się ciałek czerwonych i występowania większej ilości form małych, w niedokrwistości złośliwej do zwiększania się ciałek czerwonych i występowania większej ilości form dużych. W przypadkach wątpliwych może to badanie sprawę wyjaśnić. Wielkość ciałek czerwonych oznaczano met. Price-Jones'a.

H. Długosz (Lwów).

Leçons cliniques sur les maladies du sang et des organes hématopoiétiques. CH. ACHARD. Masson. 1931. str. 270.

Książka niniejsza stanowi zbiór wykładów klinicznych, odnoszących się do schorzeń krwi i narządów krwiotwórczych. W sposób jasny i przejrzysty omawia autor klinikę tych schorzeń, uwzględniając najnowsze zdobycze hematologji, ilustrując wykład dobranemi historjami chorób. Nowe metody lecznicze zwłaszcza w anemji Biermera zostały szeroko uwzględnione. Kolejno przechodzi krwawiączkę, skazy krwotoczne, niedokrwistość złośliwą, białaczki ostre i przewlekłe, stany aleukemiczne, anginy agranulocytarne (nazwane słusznie przez Acharda hipogranulocytarnemi), wreszcie ziarnicę złośliwą.

W. Grabowski (Lwów).

Kilka uwag o hipertyreoidyzmie. GILBERT DREUFUS. (Przełożył z franc. Doc. Dr. Mentl). Praktický Lekař 1931, z. 22.

Prawdziwy, a nawet i ciężki hipertyreoidyzm nie musi przebiegać pod obrazem klasycznego zespołu Basedowa z objawami: wola, wysadzenia gałek ocznych, tachykardji, drżenia. Wystarczające i konieczne objawy nadczynności tarczycy są: wzmożona przemiana spoczynkowa, strata na wadze, tachykardja, do których się dołączają naczynioruchowe zmiany przewodu pokarmowego oraz chwiejność *(labilitas)* seksualna i duchowa. Autor wskazuje na trudności podziału objawów nadczynności tarczycy na podstawie etjologji oraz podziału klinicznego postaci według powstania, przebiegu lub osobnika chorego. Zwalcza autonomję toksycznego *adenoma* według poglądu Plummera i dzieli chorych na 3 grupy: 1) chorzy z typowym Basedowem, 2) chorzy ze zwiększonym gruczołem tarczykowym, u których po badaniu klinicznem (głównie przemiany spoczynkowej) można rozpoznać wole z hipertyreoidyzmem, 3) chorzy z dolegliwościami nerwowemi, trawienia z ewent. tachykardją lub nieznacznym przerostem gruczołu tarczykowego t. z. niezupełny hipertyreoidyzm. Autor nie uznaje teorji dystyreoidowej i rozróżnia zespoły następujące: 1) pełny Basedow (t. j. zespół hipertyreoidowy + sympatykotoniczny), 2) czysty zespół hipertyreoidowy (z mało wyraźnemi zmianami n. współczulnego, które znikają równocześnie z wyleczeniem hipertyreoidyzmu), 3) zespół sympatyczny, czysty dysneurotyczny, nazwany przez autora parabasedowoidowym, charakteryzującym się objawami nerwowemi, zachowaniem prawidłowej wagi, prawidłową przemianą spoczynkową, opornością wobec jodu i korzystnem rokowaniem. Leczniczo podaje autor jod (płyn Lugola), który zdaniem jego jest jedynym lekiem w każdym rodzaju hipertyreoidyzmu. Chorzy w ogólności znoszą jod dobrze. Dopiero po bezskutecznem leczeniu jodem poleca naświetlanie promieniami Roentgena, zaś na ostatniem miejscu zabieg chirurgiczny. Wraz z wyleczonym hipertyreoidyzmem nie znika nadwrażliwość n. współczulnego. Do leczenia tego zespołu po ewent. obok choroby Basedowa poleca brom, walerjanę, koraminę a zwłaszcza gardenal.

Ungar (Lwów).

Leczenie zachowawcze kamieni żółciowych. V. JANEČEK. Praktický Lekař, 1931, z. 24.

Autor omawia powstanie kamieni oraz zapalenie woreczka żółciowego i opisuje szereg przypadków, z których wynika, że kamienie bez zapalenia należą do leczenia wewnętrznego. Również i przypadki z zapaleniem, jeśli nie są zbyt ciężkie i takie, które wykazują skłonność do stanów utajonych. Ciężkie przypadki ostre, przewlekłe, oporne na leczenie oraz te, których wskazania tworzą stosunki społeczne, należą do chirurga. Leczenie konserwatywne ma za zadanie usunąć zapalenie, powstałe z zakażenia, uspokoić całą sprawę i zapobiegawczo przeciwdziałać zwyższonej skazie cholesterynowej. W napadzie kolki działa najlepiej spokój i gorący okład, względnie podawanie gorącej wody z 5—10 g *natrii bicarbon.* Morfinę należy podawać wraz z atropiną, jeszcze lepiej jest stosować bellafolinę z pantoponem i małą dawką skopolaminy. Zamiast makowca lepiej jest zdaniem autora podawać kodeinę lub papawerynę. W przypadkach kolek długotrwających radzi wstrzykiwać 10—20 cm^3 0.1% nowokainy z adrenaliną tuż przy IX kręgu piersiowym prawym. Metoda ta posiada też wartość różniczkową. Świąd przy żółtaczce łagodzić można nacieraniem ciała cytryną, rozrzedzonym octem lub pudrowaniem mentolem z tlenkiem cynkowym. Z potraw przy kolce podaje się herbatę, sucharki, kaszki, w małych dawkach co godzinę. Później leczyć przyczynowo, uregulować czynność żołądka i jelit, leczyć nadkwaśność lub bezkwaśność, a dopiero następnie przepisać *cholagoga, ol. olivar.*, herbatę żółciopędną, przepłukiwanie (zgłębnikiem) dwunastnicy 25—30% *magnesii sulfurici.* Nie zapomina o leczeniu karlsbadzkiem. Przeciw zakażeniu podaje salicyl, urotropinę. Autor omawia następnie szczegółowo dietę i sposób życia chorych w okresie poza napadowym. Zapobiegawczo należy uwzględnić gospodarkę cholesterynową. Ważnem jest dbanie o prawidłowe wypróżnienie, potrawy powinne być ubogie w tłuszcze, chorzy spożywać powinni mało mięsa i cukru, obficie natomiast świeże jarzyny i surowe owoce.

Ungar (Lwów).

Tętniak aorty. VANYSEK. Praktický Lekař, 1931, z. 24.

Tętniaki aorty powstają przeważnie na tle kiłowem. Siedliskiem zmian kiłowych jest *tunica media* i *adventitia*, zmiany w *intima* są wtórne. Bardzo trudna jest kontrola stosunku *aortitis* do powstania tętniaka. Zbyt wygórowane są liczby, obejmujące 16—20%. Tętniaki częstsze są u mężczyzn, aniżeli u kobiet (3—5 : 1). Tętniak przez długi okres czasu może nie wywoływać dolegliwości podmiotowych ani objawów klinicznych. W większości przypadków bóle są różnego charakteru i rozmaitej siły. Rozmaicie tłumaczy się powstanie bólów. Dolegliwości, wywołane przez tętniaki, nie pozostają w określonym stosunku do wielkości tętniaka. Stosunkowo najmniejsze dolegliwości wywołuje tętniak, wypełniający klatkę piersiową. Nowotwory prawie że nigdy nie prowadzą do większego wypuklenia ściany klatki piersiowej, również przemieszczenia narządów wewnątrz klatki piersiowej z ucisku nowotworów bywają mniejsze, aniżeli u tętniaków. Ucisk tętniaka na płuca, drogi oddechowe, żyły, *nervus recurrens, sympathicus* wywołuje rozmaite dolegliwości i objawy. Niekiedy wykazać można tętnienie tętniaka i objaw Olliver-Cardarella. Również dodatni odczyn Bordet-Wassermanna (w 75—95%) może ułatwić rozpoznanie. Najważniejszą metodą rozpoznawczą jest Roentgen, aczkolwiek i tu mogą się nasuwać wątpliwości. Przebieg schorzenia jest różny. Niektóre przypadki kończą się śmiertelnie już w kilka miesięcy po wystąpieniu pierwszych objawów, inne żyją kilka lat. Stosuje się leczenie przeciwkiłowe (naprzemian rtęć lub bizmut z neosalwarsanem). Autor podaje naprzemian neosalwarsan i neotrepal w dawce ogólnej 3 g (zaczyna 0.15, następnie po 0.3) a w przerwach jod.

Ungar (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 6 kwietnia 1932 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. Walter.

Protokół z poprzedniego posiedzenia naukowego odczytano i przyjęto jednogłośnie.

1. Kol. Uhma przedstawia przypadek z oddziału położniczego i chorób kobiecych szpitala św. Łazarza, w którym wskutek usiłowanego zbrodniczego spędzenia płodu, nastąpiło *przebicie szyjki tuż poza ujściem zewnętrznem oraz poszarpanie i wylew krwawy w przymaciczu prawem z następowem zakażeniem tegoż i wytworzeniem się ropniaka jajowodu prawego.* Jaje płodowe zostało przytem nienaruszone i niezakażone. Przypadek ten nastręczał duże trudności rozpoznawcze, gdyż tak ze względu na fałszywie podane wywiady, jak również i ze względu na stan przedmiotowy z dużem prawdopodobieństwem przyjąć można było ciążę jajowodową z przerwaniem do przymacicza. Zwraca również uwagę niezwykły kierunek przebicia, które się zaczęło tuż za ujściem zewnętrznem oraz moment etjologiczny powstania ropniaka jajowodu.

2. Kol. Uhma przedstawia preparat *adenomyosis retrocervicalis* uzyskany drogą operacyjną w przypadku dotyczącym chorej lat 35, u której usunięto macicę wraz z przydatkami i naciek obejmujący odbytnicę. W omówieniu przypadku przypomina prelegent cały szereg teoryj etjologji i patogenezy tego cierpienia, następnie porusza różne możliwości i trudności rozpoznawcze, wreszcie omawia sprawę leczenia i rokowania w przebiegu tego schorzenia.

W dyskusji Doc. Dr. Szymanowicz podkreśla przyczyny, dla których należy w leczeniu operacyjnem tego schorzenia postępować radykalnie, usuwając również i przydatki maciczne oraz omawia trudności techniczne, na jakie natrafia się w czasie usuwania macicy, szczególnie jeżeli chodzi o przedstawioną postać gruczolakowatości mięśniaka *(adenomyosis).*

3. Kol. H. Reiss przedstawia przypadek *gruźlicy skóry* w okolicy klatki piersiowej i warg sromowych większych o typie zbliżonym do *tbc. colliquativa,* u dziewczynki 10-letniej. Choroba trwa od 6 tygodni; zaczęło się rozległem zaczerwienieniem po prawej stronie klatki piersiowej. Chorej stosowano wtedy jodynę i maść, powstał jednak w tem miejscu obrzęk i zgrubienie skóry. Równocześnie pojawiła się podobna zmiana na wargach sromowych. Poza tem żadnych chorób nie przechodziła — rodzeństwo zdrowe. *Status praesens* (w chwili przyjęcia chorej na klinikę dermatologiczną w dniu 17. II. 1932): Po prawej stronie klatki piersiowej między dołem pachowym a okolicą mostkową widać guz o wielkości przekraczającej dużą pięść, przedstawiający się w postaci rozległej tarczy, barwy brunatno-czerwonawej. Guz jest równomiernie (aczkolwiek ku dołowi nieco więcej) wyniosły ponad skórę otaczającą, od której jest ostro odgraniczony. Guz ma spójność dość twardą i sprężystą. Skóra nad guzem pokryta dość obficie łuskami luźno przylegającemi oraz pojedyńczemi erozjami. Guz się nieco powiększa. Gruczoły pachowe prawie niepowiększone. Nieco zbliżone wejrzenie do opisanego wykazują wargi sromowe większe oraz łechtaczka, które są powiększone, obrzękłe i mają barwę żółto-czerwoną. Skóra między wargami mniejszemi i większemi zaczerwieniona, sącząca wydzieliną ropną, pokryta nadżerkami. Gruczoły pachwinowe obustronne powiększone, twarde, niebolesne, przesuwalne. Badanie intern. (pedjatr.): *Bronchadenopathia, Insuff. mitr., Endocarditis (probabil.).* W związku z tem wykonane posiewy krwi okazały się jałowe. Od 5. III. ciepłota się utrzymuje powyżej 37°, eozynofilja 7%, zresztą obraz cytol. krwi prawidłowy. Wynik badania histologicznego wycinka skóry ze zmiany na klatce piersiowej przemawia za sprawą gruźliczą. Badanie mikroskopowe w kierunku obecności grzybków chorobotwórczych wypadło ujemnie, również próby trichofitynowe. Odczyn tbc. Mantoux wypadł wyraźnie dodatnio. Występował również odczyn ogniskowy w postaci zwiększonego obrzęku i wzmożonego zaczerwienienia w obrębie ognisk chorobowych. Wobec utrzymujących się stanów podgorączkowych przerwano rozpoczęte leczenie tuberkuliną jak i naświetlania lampą kwarcową. 14. III. rozpoczęto leczenie wstrzykiwaniem *Natr. arsen.* poczem zaczęto stosować naświetlania promieniami X (18. III. do 1. IV), przyczem zaznacza się obecnie lekka poprawa w postaci zblednięcia nieznacznego i przypłaszczenia zmiany na klatce piersiowej. Przed 4 dniami wystąpiła na skórze tułowia delikatna, różowa osutka drobnogrudkowa o typie *lichen scrofulosorum.*

Wziąwszy pod uwagę obraz histologiczny, przemawiający za gruźlicą (dodatni odczyn tuberkulinowy miejscowy i ogniskowy) oraz wystąpienie obecnej osutki o typie liszajowatym, — skłonni jesteśmy uważać niniejszą zmianę chorobową za gruźliczą.

4. Kol. Zakrzewski wygłosił odczyt p. t.: *„Z zagadnień patologji doświadczalnej“,* w którym omówił współczesne zagadnienia z tego zakresu, a to sprawę hodowli sztucznej i wzrostu tkanek, promieniowania mitogenetycznego i krzepnięcia krwi.

W dyskusji wzięli udział koledzy: Prof. Glatzel, Mróz, Pelczar, Birkenfeld, prof. Gieszczykiewicz, Kowarzyk i Zakrzewski.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 13 kwietnia 1932 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. Walter.

Protokół z poprzedniego posiedzenia naukowego odczytano i przyjęto.

Demonstracje chorych:

Kol. D. Rubinstein przedstawia przypadek *pęcherzycy pospolitej (pemphigus vulgaris) u kobiety.*

Kol. Cikowska przedstawia przypadek *gruźlicy toczniowej skóry klatki piersiowej (lupus vulgaris thoracis)* u dziewczynki oraz przypadek kiły III-rzędnej uda prawego i podudzia lewego u mężczyzny.

Następnie Prof. L. Wachholz wygłasza odczyt p. t.: *„Wiedeńczycy“* (ze źródeł archiwalnych i wspomnień osobistych). (Drukowany w P. G. L. 1932, Nr. 24 i 25).

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 20 kwietnia 1932 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. Walter.

Przyjęto 3 kolegów w poczet członków K. T. L.: 1) kol. Rubinsteina Dawida, 2) kol. Oszasta Zbigniewa i 3) kol. Dretlera Juljana.

Prezes zdał w kilku słowach sprawozdanie z posiedzenia delegatów K. T. L. na walne zebranie Związku Lek. Pol. b. Galicji, odbytego w dniu 16. kwietnia b. r. z delegatem prof. Renckim przybyłym ze Lwowa, w sprawie zdrojowiska Morszyn.

Następnie prof. Dr. Szumowski wygłosił odczyt p. t.: *„Nerwice i psychozy średniowieczne“.* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji wzięli udział prof. Dr. Wachholz i prof. Dr. Szumowski.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 27 kwietnia 1932 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. Walter.

Kol. E. Mróz referuje przypadek chorobowy dotyczący *zmian w splotach naczyniastych komór mózgowych u dziecka w przebiegu posocznicy meningokokowej.* (Rzecz ukaże się w druku).

Patogeneza zapalenia nagminnego opon dotąd nie jest wyjaśnioną. Na dowód przytacza prelegent zdania z podręczników i artykułów naukowych. W ostatnich czasach ogólnie przyjmują, że każde nagminne zapalenie opon łączy się z posocznicą meningokokową. Ale podczas gdy wszyscy uważali to zapalenie za sprawę przerzutową w pierwszym etapie, to Lewkowicz pierwszy podał inne tłumaczenie, mianowicie, że po okresie zakażenia śluzówkowego meningokoki dostają się do krwi, a z niej do różnych tkanek, między innemi do splotów naczyniastych komór mózgowych i tam zatrzymują się szczególnie łatwo dzięki warunkom budowy splotów oraz ich obfitemu unaczynieniu. W splotach powstają drobne ropieńki, przebijające przez pokrywę nabłonkową do komór. Zakażają płyn mózgowy, z jego prądem dostają się do opon i na nich zatrzymują się jak na filtrze (w toku wsysania się płynu) prowadząc do ich zapalenia. Z autorów Dopter i Marfan przyłączyli się do stanowiska Lewkowicza. Brakowało dowodu anatomicznego, że w splotach powstają zmiany wczesne, prowadzące wtórnie do zajęcia opon. Do badań histologicznych splotów nadają się szczególnie przypadki zapaleń piorunujących opon, prowadzące szybko do śmierci. W jednym takim przypadku Klepacki opisał ropieńki stosunkowo duże (1—3 mm średnicy) w splocie, przebijające do komory mózgowej. W przypadku badanym przez prelegenta chodziło o posocznicę meningokokową, która wśród bardzo gwałtownych objawów, gorączki, wymiotów, czyszczeń, wybroczyn na ciele — doprowadziła po 12 godzinach trwania choroby do śmierci. W płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzono nieznaczne zapalenie (320 ciałek w 1 mm^3) oraz meningokoki. Objawy oponowe ujemne, poza nieznaczną opornością karku. Na sekcji obraz posocznicy, zapalenie opon, nieznaczne przekrwienie opon, przyćmienie, nieco mętnawego płynu w komórkach. W splotach zbadanych seryjnie znalazł M. liczne zmiany, z których najważniejsze przedstawia na szeregu mikrofotografij i powiększeń wykonanych przez siebie. Zmiany te, to obecność zakrzepów w tętniczkach, naczyniach włosowatych i żyłkach kosmków splotu, dalej zmiany wsteczne martwicze oraz ropieńki podścieliska kosmków. Niektóre ropieńki przebijają pokrywę nabłonkową i wylewają się na światło komory mózgowej. W uwzględnieniu obrazu klinicznego posocznicy meningokokowej, potwierdzonego sekcją, należy przyjąć, że skrzepy i ropieńki zawierają meningokoki. Charakter zmian w splotach (rozpoczynająca się organizacja skrzepów) w porównaniu z nieznacznemi zmianami na oponach również i w obrazie histologicznym pozwala twierdzić, że zmiany w splotach są wcześniejsze a oponowe wtórne, co w odniesieniu do zagadnienia patogenezy zapalenia nagminnego potwierdza stanowisko Lewkowicza. W przypadkach zwykłych zapaleń opon (bez widocznych objawów posocznicy) mogą powstawać nawet pojedyńcze drobne ropieńki w kosmkach, lecz nawet takie, chociażby najmniejsze ropieńki wystarczają do zakażenia płynu po przebiciu do światła komór i do wywołania wtórnego zapalenia opon.

W dyskusji: prof. Kostrzewski zwraca uwagę, że tak krótki czas trwania choroby t. j. 12 godzin jest dla niego dziwny, bo u dorosłych spostrzega się dłuższe okresy nawet w najgwałtowniejszych posocznicach. Podnosi, że M. nieco po macoszemu potraktował piśmiennictwo polskie. Nadto mówi, że według niego dr. M. nie przeprowadził dowodu, że zmiany w splotach są wcześniejsze od oponowych, bo zmiany oponowe, aczkolwiek nieznaczne, mogą zależeć od słabego ich odczynu, że jednak trwać mogły tak długo, jak zmiany w splotach. Zapytuje, jak wyglądały opony makroskopowo i mikroskopowo.

Kol. Mróz w odpowiedzi: co do trwania choroby, to opierałem się na podaniu rodziców, którzy twierdzili, że dziecko zupełnie przedtem zdrowe nagle zachorowało i po 12 godzinach w kilka minut po przywiezieniu do kliniki zmarło. Nie mamy powodu nie wierzyć rodzicom i na tem musimy się opierać. Niemniej jednak sam prelegent podniósł, że na powstanie zmian w splotach trzeba było co najmniej dwóch dni. Przypuszcza, że na okres zakażenia śluzówkowego i nawet wkroczenia meningokoków do krwi, nie przypadły wyraźne objawy i dopiero powstanie zmian anatomicznych, szczególniej w mózgu, dały gwałtowne objawy i śmierć.

Co do piśmiennictwa polskiego, to autorów pominął M. tylko przez pośpiech. Co do dowodu, że zmiany w splotach są wcześniejsze, to sam charakter tych zmian, obecność skrzepów ulegających organizacji w porównaniu ze zmianami na oponach, które były pokryte cienką warstwą leukocytów dobrze utrzymanych i nielicznemi niteczkami włóknika, — pozwala według M. na twierdzenie, że zmiany w oponach są późniejsze.

Dr. Miodoński zauważa, że trudno jest porównywać zmiany w dwu różnych tkankach.

Doc. Szymanowicz uważa za nieprawdopodobne, by sprawy te rozwinęły się w 12 godzin, lecz chyba w czasie nieco dłuższym, sądzi jednak, że chyba napewno zmiany w splotach należy uważać za wcześniejsze, niż na oponach.

Prof. Kostrzewski jeszcze wspomina o wysypkach w posocznicach meningokokowych, które zwykle rozwijają się w czasie dłuższym niż 12 godzin, że więc przypadek przedstawiony byłby wyjątkowy. Nadal podtrzymuje swe wątpliwości co do wcześniejszego wystąpienia zmian w splotach. Przypuszcza, że M. chodziło o przypadek posocznicy meningokokowej bez zmian na oponach, ten więc przypadek nie jest może odpowiedni.

Dr. Mróz w odpowiedzi. Chodziło nam o przypadek posocznicy men., gdzie są zmiany zapalne oponowe, ale możliwie wcześniejsze i przypadek opracowany był właśnie odpowiedni. W przypadku posocznicy bez zapalenia opon nie możnaby rozwiązywać zagadnienia patogenezy tegoż zapalenia, którego niema. Co do wczesności zmian w splotach, to sądzę, że mamy pewne prawo z nasilenia procesu zapalnego wnosić o czasie jego trwania i tak w pierwszych dniach stwierdza się kilkaset ciałek, później kilka tysięcy, kilkadziesiąt i kilkaset tysięcy ciałek, zwiększa się ilość białka, objawy oponowe się nasilają. W naszym przypadku mieliśmy prawo mówić o nieznacznem zapaleniu skoro 1) objawy oponowe poza nieznaczną opornością karku były ujemne, 2) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało 320 ciałek w 1 cm^3, 3) sekcja wykazała tylko nieznaczne zmiany na oponach. Porównując z tem wybitne i obfite zmiany w splotach, obecność skrzepów organizujących się w tętniczkach, musimy przyjąć, że są one wcześniejsze, wymagały bowiem napewno dłuższego czasu do rozwoju aniżeli zmiany na oponach.

Kol. Frąckowiak przedstawia przypadek *schizofrenji* z wyraźnemi mechanizmami histerycznemi u mężczyzny 22-letniego.

W dyskusji wzięli udział Kol. Reiner, Chłopicki, Prof. Kostrzewski i kol. Frąckowiak.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 4 maja 1932 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. Walter.

Protokół z poprzedniego posiedzenia naukowego odczytano i przyjęto.

Kol. Skarżyński wygłosił odczyt p. t.: *„Najnowsze zdobycze w biochemji"*. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji wzięli udział: prof. Walter, prof. Zubrzycki i kol. Skarżyński w odpowiedzi.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Sprawozdanie Doroczne Sekretarza.

W dniu 1 stycznia 1931 r. Towarzystwo Lekarskie Łódzkie liczyło 223 członków. W ciągu roku 1931 przybyło 24 członków, a mianowicie koledzy: 1) W. Tomaszewicz, 2) W. Dzierżyński, 3) S. Minc, 4) K. Gawroński, 5) K. Sciesiński, 6) R. Sciesińska, 7) J. Imich, 8) R. Maczewski, 9) A. Kunicki, 10) W. Jeżewski, 11) A. Leśniewicz, 12) J. Rozenfeld, 13) F. Fux, 14) M. Morawski, 15) H. Tatarzyńska, 16) A. Falkowski, 17) A. Żebrowski, 18) G. Friedstein, 19) J. Polak, 20) F. Skibniewski, 21) D. Lewy, 22) B. Donchin, 23) J. Chrzanowski i 24) St. Orłowski.

Zmarło w roku ubiegłym: Członek Honorowy Towarzystwa Prof. B. Sawicki i 5 członków rzeczywistych: kol. kol. 1) Grosglik Adam, 2) Goldblatt Hugo, 3) Maczewski Robert, 4) Perlis Ignacy, 5) Marja Felauer-Skłodowska.

Pozostało na 1 stycznia 1932 r. 241 członków.

Posiedzeń odbyto w roku sprawozdawczym 29, z tego jedno administracyjne, 2 kliniczne (w szpitalach Anny Marji i w „Kochanówce"), 7 seminaryjnych wieczorów i 19 posiedzeń zwykłych naukowych. Na tych 29 posiedzeniach 33 prelegentów wygłosiło 41 odczytów.

W życiu Towarzystwa Lekarskiego w roku ubiegłym kilka faktów zasługuje na szczególną uwagę, mianowicie: 1) przybycie znacznej liczby nowych członków Towarzystwa, (dwudziestu czterech), co stanowi 10% wszystkich dotychczasowych członków; 2) wydany został nowy Regulamin objaśniający i rozwijający Statut Towarzystwa Lekarskiego, dostosowany do obecnych wymogów życia; 3) uporządkowano w stopniu znacznym bibljotekę i czytelnię Towarzystwa; 4) ofiara złożona przez zmarłego członka kol. Ignacego Perlisa na zakupienie nowych szaf bibljotecznych.

Życie Towarzystwa Lekarskiego w roku ubiegłym było bardzo ożywione. Świadczy o tem wielka liczba prelegentów i odczytów, zarówno jak znaczna liczba ciekawych pokazów. Frekwencja na posiedzeniach była tak duża, że często i nasza piękna sala zaledwie mogła zmieścić licznych słuchaczy.

Odczyty cechowała wysoka wartość naukowa; dyskusje były żywe i rzeczowe.

Do ożywienia życia w Towarzystwie przyczyniło się wstąpienie w roku ubiegłym do Towarzystwa znacznej liczby nowych członków, wśród których są znani pracownicy na polu naukowem; przybyła też nowa placówka, jaką jest szpital im. Prez. Mościckiego.

W roku sprawozdawczym Towarzystwo Lekarskie Łódzkie liczyło dwie sekcje: 1) chirurgiczną i 2) neurologiczno-psychjatryczną. W listopadzie r. ub. powstała sekcja trzecia — radjologów i fizjoterapeutów.

Przystępując do nowego roku akademickiego musimy przypomnieć, że jest to 47 rok istnienia Towarzystwa; założone bowiem ono zostało w r. 1885 z inicjatywy naszego obecnego Sekretarza Stałego, kol. Józefa Kolińskiego. Z towarzystwa liczącego 12 członków stało się obecnie jednem z najliczniejszych towarzystw lekarskich polskich (po Warszawie, Lwowie i Krakowie). Musimy zaznaczyć, że było ono pierwszem stowarzyszeniem polskiem w Łodzi i pierwszem towarzystwem naukowem w Łodzi wogóle.

Patrząc na ubiegłe lata — towarzystwo lekarskie może z dumą powiedzieć, że uczciwie spełniło swe wysokie posłannictwo naukowe i społeczne.

Będąc towarzystwem w założeniu ściśle naukowem, nie pozostawało głuche na przejawy życia społecznego; widzimy bowiem w dziejach towarzystwa takie chlubne karty, jak inicjatywa w powołaniu do życia pogotowia ratunkowego, inicjatywa stworzenia Ligi Przeciwgruźliczej, założenie Czasopisma Lekarskiego, (organu lekarzy prowincjonalnych), które było wydawane przez 10 lat; inicjatywie towarzystwa zawdzięczamy urządzenie I-go Zjazdu lekarzy prowincjonalnych b. Królestwa Polskiego.

Towarzystwo Lekarskie w myśl chlubnych tradycyj swych założycieli stosownie do brzmienia § 1 Statutu w rzeczywistości przyczyniło się „do osobistego ściślejszego zbliżania się między sobą członków dla utrzymania przykładnej zgody i wspólnego działania dla dobra nauki i zdrowia społecznego i dawało możność członkom śledzenia za postępem nauk lekarskich". Wielu członków towarzystwa swemi cennemi pracami przyczyniło się do rozwoju nauki lekarskiej w Polsce. Pomne swej chlubnej przeszłości — Towarzystwo Lekarskie Łódzkie rozpoczyna nowy rok akademicki — pełne ufności w przyszłą owocną działalność.

Sekretarz: *Dr. A. Tenenbaum.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Komunikaty Ministerstwa.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, w dążeniu do możliwego ograniczenia stosowania zagranicznych środków leczniczych, przesyła za pośrednictwem Izby lekarskiej Lwowskiej następujący wykaz środków leczniczych pochodzenia krajowego:

1. Acetum pyrolignosum crudum („Terebenthen"); 2. Acidum aceticum concentr. 96% (Sp. Akc. Grodzisk, Warszawa ul. Chmielna 10, Gzichów); 3. Acidum acetylo-salicylicum (Warsz. Tow. „Motor" Sp. Akc. Warszawa, ul. Marszałkowska 23); 4. Acidum benzoicum (Wielkie Hajduki); 5. Acidum boricum cryst. („Częstochowa" Sp. Akc. Zakł. Chemicznych w Częstochowie, Goldflam L. S. Fabr. Chem. Warszawa, ul. Siedlecka 61, „Hugohütte" Sp. Akc. Tarnowskie Góry); 6. Acidum boricum pulv. („Hugohütte" Sp. Akc. Tarnowskie Góry); 7. Acidum carbolicum crudum (Gazownia w Warszawie, Związek Koksowni, Katowice, Powstańców 49); 8. Acidum carbolicum cryst. (Związek Koksowni, Katowice, Powstańców 49); 9. Acidum hydrochloric. crud. (Kijewski i Scholze, Gzichów, Zgierz, „Rędziny" Fabr. przetw. chem. Rudniki pod Częstochową, Sp. Akc. Grodzisk, Warszawa, Chmielna 10); 10. Acidum hydrochloric. purum (Fabr. Chem. Dr. H. Zeumer — Mikołów, Szpitalna 5); 11. Acidum lacticum (Scheunert i S-ka, Łódź, I krajowa wytwórnia kwasu mlekowego w Łodzi); 12. Acidum nitricum crudum (Kijewski i Scholze, „Rędziny" Fabr. Przetw. chem., Rudniki pod Częstochową, Zgierz, Sp. Akc. Grodzisk, Warszawa, Chmielna 10, Gorlice); 13. Acidum nitricum purum (Chorzów); 14. Acidum nitricum fumans (Chorzów); 15. Acidum phenylcinchonicum (Atophan) (Fr. Karpiński, Chem. Fabr. Zakł. Przem. Sp. Akc. Warszawa, Wolność 9); 16. Acidum salicylicum (Warsz. Tow. „Motor" Sp. Akc. Warszawa, ul. Marszałkowska 23); 17. Acidum sulfuricum crud. (Kijewski i Scholze, „Rędziny" Fabr. Przetw. Chem. Rudniki pod Częstochową, Gorlice, Zjednoczenie producentów kw. siark. w Katowicach); 18. Acidum sulfuricum pur. („Hydrogen" Sp. z o. o. Krosno); 19. Acidum tartaricum cryst. („Radocha" Sp. Akc. Warszawa, Sienkiewicza 2); 20. Acidum tartaricum pulv. („Radocha" Sp. Akc. Warszawa, Sienkiewicza 2); 21. Adrenalin. synthetic. solut. (Sp. Akc. L. Spiess i Syn, Warszawa, Daniłowiczowska 16); 22. Aether aethylicus („Elit" Fabr. Chem. Farm., Warszawa, Zgoda 26, „Częstochowa" Sp. Akc. Zakł. Chemicznych w Częstochowie, Akwawit, „Synthesa" Zakłady Chem. w Warszawie, Dolna 4, T-wo Akc. dla przem. spiryt. Łańcut, Państwowa Wytwórnia Prochu i materjałów kruszących, Zagożdżon); 23. Aether aethylicus pro narcosi („Synthesa" Zakł. Chem. Warszawa, Dolna 4, T-wo Akc. dla przemysłu spiryt. Łańcut, „Elit" Fabr. Chem.-Farm. Warszawa, Zgoda 26); 24. Aether aceticus („Synthesa" Zakł. Chem. Warszawa, Dolna 4, T-wo Akc. dla przem. spiryt. Łańcut, „Elit" Fabr. Chem.-Farm. Warszawa, Zgoda 26, H. Dąbrowski i S-ka, Warszawa, Grzybowska 115); 25. Aethylmorphium hydrochloricum (Dioninum) (Polska Spółka Wytworów Chem. „Roche" Warszawa, Rakowiecka 19); 26. Aethylum chloratum („Ergasta" Fabr. Chem. Starogard); 27. Albarginum (argent. gelatin.) (Warsz. Tow. „Motor" Sp. Akc. Warszawa, Marszałkowska 23); 28. Alcohol absolutus (Zakł. Chem. Kutno); 29. Alcohol methylic. 99% (Sp. Akc. Grodzisk, Warszawa, Chmielna 10); 30. Alsol liquid. 50% (alumin. acetico-tartar) (Warsz. Tow. „Motor" Sp. Akc. Warszawa, Marszałkowska 23); 31. Alumen pulv. („Hugohütte" Sp. Ak. Tarnowskie Góry); 32. Alumen in bacillis w opr. (Brio, Warszawa); 33. Aluminium sulfuricum („Hugohütte" Sp. Akc., Tarnowskie Góry, „Rędziny" Fabr. Przetw. Chem. Rudniki pod Częstochową, „Synthesa" Zakł. Chem., Warszawa, Dolna 4); 34. Ammonium carbonicum (Chorzów); 35. Ammonium caustic. solut. (Mościce, Zw. Koksowni, Katowice, Powstańców 49, Gazownia Warszawska); 36. Ammonium chloratum pur. (Chorzów, Technochem.); 37. Anaesthesinum (T-wo Akc. „Fr. Karpiński" Chem. Fabr. Zakł. Przem., Warszawa, Wolność 9); 38. Aqua amygdalarum amarar. (Wiele firm); 39. Argentum colloidale (Corgol) (Warsz. Tow. „Motor" Sp. Akc. Warszawa, Marszałkowska 23, Mag. Klawe T-wo chem.-farm. Sp. Akc. Warszawa, ul. Karolkowa 22/24); 40. Argentum nitricum fusum (B. Krogulecki fabr. chem. farm. Warszawa, Ogrodowa 59 a, Fabr. Chem. K. Zawadzki i S-ka, Warszawa, ul. Zielna 15, Warsz. Tow. „Motor" Sp. Akc., Warszawa, ul. Marszałkowska 23, Sp. Akc. L. Spiess i Syn w Warszawie, ul. Daniłowiczowska 16); 41. Argentum nitricum cryst. (Sp. Akc. L. Spiess i Syn w Warszawie, ul. Daniłowiczowska 16); 42. Argentum nitricum c. kalio nitrico (Sp. Akc. L. Spiess i Syn w Warszawie, ul. Daniłowiczowska 16); 43. Argentum proteinicum (Warsz. Tow. „Motor" Sp. Akc., Warszawa, ul. Marszałkowska 23); 44. Benzolum purum (Związek Koksowni, Katowice, Powstańców 49); 45. Bromuralum (Bromisol) (T-wo Akc. „Fr. Karpiński" Chem. Fabr. Zakł. Przem. Sp. Akc., Warszawa, Wolność 9); 46. Calcium hypochlorosum (chlorek) (Zakłady Solvay); 47. Calcium lacticum (B. Krogulecki, fabr. chem.-farm., Warszawa, ul. Ogrodowa 59 a); 48. Calcium sulfuricum ustum (Pierwsza kraj. fabr. gipsu „Alabaster", Warszawa, ul. Czerniakowska 156); 49. Calcium theobromino-salicyl. (Kowalski, Dr. K. Wenda, Warszawa, Wronia 80, Wytwórnia Chem.-Farm. „Geo" Warszawa); 50. Carbo ligni pulv. (Terebenthen, Sp. Akc. „Grodzisk" Warszawa, Chmielna 10); 51. Chloroformium (Sp. Akc. „Grodzisk", Warszawa, ul. Chmielna 10); 52. Chloroformium pro narcosi (Sp. Akc. „Grodzisk", Warszawa, ul. Chmielna 10); 53. Collodium („Elit" Fabr. Chem.-Farm. Warszawa, ul. Zgoda 26, „Synthesa" Zakłady Chem. Warszawa, Dolna 4, Akwawit); 54. Creolinum („Elit" Fabr. Chem.-Farm. Warszawa, Zgoda 24, „Synthesa" Zakłady Chem. Warszawa, Dolna 4, Warszaw. Tow. „Motor" Sp. Akc. Warszawa, Marszałkowska 23); 55. Cuprum sulfuric. crudum („Hugohütte" Sp. Akc. Tarnowskie Góry, „Częstochowa" Sp. Akc. Zakładów Chemicznych w Częstochowie); 56. Cocainum hydrochloricum (Polska Spółka Wytworów Chemicznych „Roche" w Warszawie, ul. Rakowiecka 19); 57. Codeinum phosphoricum (Polska Spółka Wytworów Chemicznych „Roche" w Warszawie, ul. Rakowiecka 19); 58. Codeinum purum (Polska Spółka Wytworów Chemicznych „Roche" w Warszawie, ul. Rakowiecka 19); 59. Coffeinum natrio-benzoicum (A. Gąsecki i S-wie, Mokot. Fabr. Chem., Warszawa, ul. Leszno 41, Sp. Akc. L. Spiess i Syn, Warszawa, Daniłowiczowska 16); 60. Coffeinum natrio-salicylicum (A. Gąsecki i S-wie, Mokot. Fabr. Chem. Warszawa, ul. Leszno 41, Sp. Akc. L. Spiess i Syn, Warszawa, Daniłowiczowska 16); 61. Ferrum albuminatum (Warsz. Tow. „Motor" Sp. Akc. Warszawa, Marszałkowska 23); 62. Ferrum carbonicum sacchar. (Warsz. Tow. „Motor" Sp. Akc. Warszawa, Marszałkowska 23); 63. Ferrum oxydatum sacchar. (Warsz. Tow. „Motor" Sp. Akc. Warszawa, Marszałkowska 23, Sp. Akc. L. Spiess i Syn, Warszawa, Daniłowiczowska 16, Mag. Klawe, T-wo Przem. Chem.-

Farm., Sp. Akc., Warszawa, ul. Karolkowa 22/24); 64. Folia Digitalis titrata (Mag. Klawe, T-wo Przem. Chem.-Farm., Sp. Akc., Warszawa, Karolkowa 22/24, Sp. Akc. L. Spiess i Syn, Warszawa, Daniłowiczowska 16); 65. Formaldehyd solut. (Sp. Akc. Grodzisk, Warszawa, ul. Chmielna 10); 66. Gelatina sterilisata (J. Gessner, Warszawa, Dr. K. Wenda, Warszawa, Wronia 80, i inni); 67. Glycerinum purum (Sp. Akc. „Strem", Warszawa, Mazowiecka 7, Przemysł tłuszczowy „Schicht-Lever" Sp. Akc. Warszawa, Daniłowiczowska 16); 68. Hydrogenium hyperoxyd. solut. 3% (Każdy może robić); 69. Hydrogenium hyperoxyd. solut 30% (Sp. Akc. „Elektryczność", Warszawa, Zgoda 10); 70. Jothionum (Jothiol) (B. Krogulecki, fabr. chem.-farm., Warszawa, ul. Ogrodowa 59 a, Fabr. Chem. K. Zawadzki i S-ka, Warszawa, ul. Zielna 15); 71. Kalium bichromicum („Częstochowa" Sp. Akc. Zakł. Chemicznych w Częstochowie); 72. Kalium carbonic. crudum („Azot"); 73. Kalium carbonic. depurat. („Azot"); 74. Kalium carbonic. pur. („Azot"); 75. Kalium chloricum plv. („Radocha" Sp. Akc. Warszawa, ul. Sienkiewicza 2); 76. Kalium citricum (Warsz. Tow. „Motor" Sp. Akc. Warszawa, Marszałkowska 23); 77. Kalium hydrooxydatum („Azot"); 78. Kalium nitric. pulv. (Chorzów); 79. Kalium sulfo-guajacol. (Polska Sp. Wytworów Chem. „Roche", Warszawa, ul. Rakowiecka 19); 80. Kalium sulfuratum pro balneo („Aqual" Kraków, Sp. Akc. L. Spiess i Syn, Warszawa, Daniłowiczowska 16, Warsz. Tow. „Motor" Sp. Akc. Warszawa, Marszałkowska 23); 81. Kalium sulfuric. plv. (Sp. Akc. Zakł. Chemicznych w Częstochowie); 82. Kresolum purum (Gazownia w Warszawie, Związek Koksowni, Katowice, Powstańców 49); 83. Kresolum liquefactum (Związek Koksowni, Katowice, Powstańców 49); 84. Lysolum - Liquor Kresoli saponatus („Elit" Fabr. Chem.-Farm. Warszawa, Zgoda 26, Warsz. Tow. „Motor" Sp. Akc. Warszawa, Marszałkowska 23, „Synthesa" Zakł. Chem. Warszawa, Dolna 4, Sp. Akc. L. Spiess i Syn Warszawa, Daniłowiczowska 16); 85. Magnesium carbonicum („Częstochowa" Sp. Akc. Zakł. Chem. w Częstochowie); 86. Magnesium sulfuric. cryst. („Częstochowa" Sp. Akc. Zakł. Chem. w Częstochowie); 87. Magnesium sulfuric. sicc. (Każdy może robić); 88. Mentholum valerianicum (Dr. K. Wenda, Warszawa, Wronia 80, Wytwórnia Chem.-Farm. „Geo", Warszawa); 89. Methylenblau medicinale (Pabjanickie T-wo Przem. Chem. w Pabjanicach); 90. Methylium salicylic. (Warsz. Tow. „Motor" Sp. Akc. Warszawa, Marszałkowska 23); 91. Morphium hydrochloric. (Polska Sp. Wytworów Chem. „Roche" Warszawa, Rakowiecka 19); 92. Natrium benzoicum (A. Gąsecki i S-wie, Mokot. Fabr. Chem. Warszawa, Leszno 41, B. Krogulecki, Fabr. Chem.-Farm. Warszawa, Ogrodowa 59 a, Dr. K. Wenda, Warszawa, Wronia 80, Sp. Akc. L. Spiess i Syn, Warszawa, Daniłowiczowska 16); 93. Natrium biboricum („Częstochowa" Sp. Akc. Zakł. Chem. w Częstochowie", „Hugohütte' Sp. Akc. Tarnowskie Góry, Goldflam L. S. Fabr. Chem. Warszawa, Siedlecka 61); 94. Natrium bicarbonic. pulv. (Solvay); 95. Natrium carbonic. crud. (Solvay); 96. Natrium carbonic. pur. (Solvay); 97. Natrium citricum (B. Krogulecki, Fabr. Chem.-Farm. Warszawa, Ogrodowa 59 a, Sp. Akc. L. Spiess i Syn, Warszawa, Daniłowiczowska 16); 98. Natrium hyposulfurosum (Pabjanickie T-wo Przemysłu Chem. w Pabjanicach); 99. Natrium nitricum (Chorzów); 100. Natrium salicylicum (Warsz. T-wo „Motor" Sp. Akc. Warszawa, Marszałkowska 23); 101. Natrium sulfuricum crudum (Sp. Akc. Grodzisk, Warszawa, Chmielna 10, „Częstochowa" Sp. Akc. Zakł. Chem. w Częstochowie, „Rędziny" Fabr. Przetw. Chem., Rudniki pod Częstochową); 102. Natrium sulfuricum purum (Sachs, „Częstochowa", Sp. Akc. Zakł. Chem. Częstochowa); 103. Natrium sulfuricum siccum (Każda apteka); 104. Novocainum (Polocainum) (Sp. Akc. L. Spiess i Syn, Warszawa, Daniłowiczowska 16); 105. Novarsenobenzol (Neosalutan) (Sp. Akc. L. Spiess i Syn, Warszawa, Daniłowiczowska 16, St. Pozowski, Wytw. Chem. Warszawa, Narbutta 4); 106. Nitroglycerinum solut. (Warsz. Tow. „Motor" Sp. Akc. Warszawa, Marszałkowska 23, Sp. Akc. L. Spiess i Syn Warszawa, Daniłowiczowska 16, Mag. Klawe, Tow. Przem. Chem.-Farm. Warszawa, Karolkowa 22/24); 107. Oleum anisi vulg. (Strójwąs Warszawa, Domagalski Poznań); 108. Oleum betulae (rusci) (Różne firmy); 109. Oleum foeniculi (Strójwąs Warszawa, Domagalski Poznań); 110. Oleum menthae piperit. (Strójwąs Warszawa); 111. Oleum pariffini pro usu interno (vaselini) („Karpaty" Sprz. prod. naft., Warszawa, Marszałkowska 151); 112. Oleum Pini foliorum (Howerla, Małop. Wsch., Nadwórna); 113. Oleum ricini (Potoka); 114. Oleum Sesami (Bielsk, Potoka); 115. Oleum terebinthinae crud. (Wiele firm); 116. Oleum terebinthinae bisrectif. (Dyrekcja lasów państwowych); 117. Oleum terebinthinae rectific. (Wiele firm); 118. Pantoponum (Polska S-ka przetw. chem. „Roche" Warszawa, ul. Rakowiecka 19, Sp. Akc. L. Spiess i Syn, Warszawa, Daniłowiczowska 16, Wytwórnia Chem.-Farm. „Geo" w Warszawie, Ska Akc. R. Barcikowski, Poznań, Składowa 13—18); 119. Phenolphtaleinum (Pabjanickie T-wo Przem. Chem. w Pabjanicach); 120. Phytinum c. ferro (namiastki) (T-wo Akc. „Fr. Karpiński" Chem. Fabr. Zakł. Przem. Warszawa, Wolność 9, Sp. Akc. L. Spiess i Syn, Warszawa, Daniłowiczowska 16); 121. Phytinum liquid. (T-wo Akc. „Fr. Karpiński" Warszawa, Sp. Akc. L. Spiess i Syn, Warszawa); 122. Phytinum pulver. (T-wo Akc. „Fr. Karpiński, Warszawa, Sp. Akc. L. Spiess i Syn, Warszawa); 123. Plumbum aceticum depurat. (Sp. Akc. „Grodzisk" Warszawa, Chmielna 10); 124. Sapo medicat. pulver. (Warszaw. Tow. „Motor", Sp. Akc. Warszawa, Marszałkowska 23); 125. Secacornin (zamiastki) (Polska S-ka Wytw. Chem. „Roche", Warszawa, Rakowiecka 19, „Aka" Poznań); 126. Stibium Kalio-tartaric. (do użytku weterynar.) („Częstochowa" S-ka Akc. Zakł. Chem. w Częstochowie); 127. Talcum pulver. (Pierwsza krajowa fabr. gipsu „Alabaster", Warszawa, Czerniakowska 156); 128. Tanninum albuminat. (tannalbinum) (Pabjanickie T-wo Przem. Chem. w Pabjanicach); 129. Terpinum hydratum (Terebenthen, Wanda); 130. Theobrominum natrio-salicyl. (Sp. Akc. L. Spiess i Syn, Warszawa, Daniłowiczowska 16); 131. Traumaticinum (Wiele firm); 132. Vaselinum flavum (krajowa) („Karpaty" Sprz. prod. naft. Warszawa, Marszałkowska 151); 133. Vioformium (Pabjanickie T-wo Przem. Chem. w Pabjanicach); 134. Zincum chloratum sicc. (Zgierz); 135. Zincum oxydatum chem. pur. (Polskie Zakł. Przem. Cynkowego Sp. Akc. Będzin); 136. Zincum oxydatum venale (Polskie Zakł. Przem. Cynkowego, Sp. Akc. Będzin); 137. Zincum sulfuricum pur. („Częstochowa" Sp. Akc. Zakł. Chem. w Częstochowie, Gisch).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Doroczne plenarne posiedzenie Państw. Naczelnej Rady Zdrowia. W dniu 30 maja b. r. odbyło się w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, pod przewodnictwem Dyrektora Departamentu dra Eug. Piestrzyńskiego, doroczne plenarne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia. Na posiedzeniu tem Rada wyłoniła jedenaście Sekcyj, w tej liczbie Sekcje do zwalczania raka i do walki z alkoholizmem. Rada przekazała do szczegółowego opracowania projekt Ustawy o Izbach Lekarskich i projekt rozporządzenia wykonawczego do Ustawy o chowaniu zmarłych. Pozatem Rada powzięła następujące uchwały: 1) Rada zwraca się do Rządu Rzeczypospolitej, a w szczególności do Pana Ministra Skarbu, z prośbą o utrzymanie w dotychczasowych rozmiarach pomocy finansowej, udzielanej z dochodów Monopolu Spirytusowego na zwalczanie alkoholizmu; 2) Rada wypowiada się przeciwko nowelizacji Ustawy o praktyce dentystycznej; 3) Rada wypowiada zapatrywanie, iż obecny stan organizacji pomocy dentystycznej i technicznej winien ulec zasadniczej zmianie. Zmiana powinna polegać na zniesieniu Państwowego Instytutu Dentystycznego, przy jednoczesnem powołaniu do życia przy wszystkich uniwersyteckich Wydziałach Lekarskich katedr i stomatologicznych klinik tak uposażonych, by mogły kształcić specjalistów stomatologji lekarzy w liczbie, potrzebnej dla ludności polskiej; 4) Rada stwierdza konieczność uzupełnienia stomatologicznego wykształcenia przez powiększenie zakresu studjów nad techniką dentystyczną; 5) Rada stwierdza potrzebę ujednostajnienia i kontroli sprzedaży środków narkotycznych, przez stworzenie państwowego monopolu sprzedaży środków narkotycznych. Rada wypowiedziała się za projektem rozporządzenia Pana Ministra Spraw Wewnętrznych o przetaczaniu krwi, zaakceptowała zasady opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi oraz przyjęła do wiadomości zamiar Departamentu Służby Zdrowia jodowania soli kuchennej, przeznaczonej dla ludności, dotkniętej chorobą wola. Z ramienia Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych w Polsce w posiedzeniu Rady brał udział Naczelny Lekarz O. P. Z. K. Ch. i członek Państw. Nacz. Rady Zdrowia Dr. Henryk Kłuszyński.

Kraków.

Otwarcie Półkolonij wakacyjnych Krak. Twa Przeciwgruźliczego. W dniu 7. VII. nastąpiło w Parku im. Dra Jordana otwarcie półkolonij dla dzieci, prowadzonych od szeregu lat przez Krak. Two Przeciwgruźlicze w parku im. Dra Jordana, oraz w parku miejskim na Krzemionkach. Zgromadzeni zwiedzili pięknie ozdobiony pawilon główny półkolonji, w którym mieszczą się jej urządzenia gospodarcze, poczem odbyło się uroczyste powitanie ich przez licznie zgromadzoną dziatwę, która odśpiewała kilka okolicznościowych pieśni, a także przez usta paro-

letnich dzieci, dziewczynki i chłopczyka w strojach krakowskich, wypowiedziała wzruszające powitalne wierszyki. Imieniem Tow. Przeciwgruźliczego zabrał głos prof. Dr. J. Latkowski, dziękując przedewszystkiem Prezydjum Miasta za starania i pomoc, jaką wyświadczyło T-wu przy urządzeniu i otwarciu Półkolonji. Prezes Tow. podniósł przytem znakomite rezultaty zapobiegawczo-lecznicze pobytu dziatwy w półkolonjach, nie ustępujące w niczem wynikom osiągniętym w kolonjach stałych. Imieniem Parezydjum Miasta przemówił p. wiceprez. Dr. Klimecki, podnosząc zasługi T-wa Przeciwgruźliczego w pracy nad podniesieniem zdrowotności publicznej. P. Dr. Klimecki zwrócił się także z gorącem przemówieniem do zgromadzonej młodzieży, życząc jej jak największego pożytku moralnego i fizycznego z pobytu w półkolonjach. Należy podnieść, że na półkolonje przyjęto w b. roku ponad 600 dzieci, które na wolnem powietrzu wśród gier i zabaw pod kierownictwem fachowej opieki spędzać mogą cały czas, otrzymując trzykrotnie skromne, ale pożywne i zdrowe posiłki. — Organizacją półkolonij zajęła się w roku bieżącym z całem poświęceniem p. prof. Latkowska.

Z Dziekanatu Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Podania o przyjęcie na Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego przyjmuje Sekretarjat Dziekanatu Wydziału lekarskiego U. J. od 1 d 15 września b. r. włącznie. Po tym terminie żadne podania nie będą przyjęte. Do podań należy dołączyć 1) świadectwo dojrzałości uzyskane w jednym z gimnazjów województwa krakowskiego, kieleckiego i śląskiego, a jeżeli w niem nie ma postępu z języka łacińskiego, to również świadectwo egzaminu z tego przedmiotu w zakresie 8-miu klas gimnazjalnych. W wyjątkowych przypadkach dziekan może zezwolić, na przedstawienie takiego świadectwa w terminie późniejszym, najdalej jednak do 31. XII. b. r., 2) metrykę chrztu lub urodzenia, 3) świadectwo przynależności, 4) krótkie curriculum vitae z podaniem imion i zawodu rodziców i adresem zamieszkania, 5) dokument stwierdzający stosunek do służby wojskowej, 6) ptwierdzenie badania przez uniwersytecką komisję lekarską. Kandydaci starający się o przyjęcie na wydział lekarski będą badani w czasie od 5 do 15 września b. r. włącznie, 7) ewentualnie świadectwa studjów w innym Uniwersytecie (na lata wyższe). Wszystkie te załączniki w oryginałach. Starający się o odroczenie czesnego mają nadto złożyć świadectwo ubóstwa na przepisanym w Uniwersytecie Jagiellońskim blankiecie, potwierdzone przez urząd podatkowy. Z powodu zbyt małej liczby miejsc w pracowniach i salach wykładowych, liczba przyjętych na I rok studjów będzie ograniczona, na wyższe zaś lata nastąpić mogłoby przyjęcie tylko w przypadkach wyjątkowych. Dziekan nie przyjmuje w sprawach przyjęcia nikogo osobiście. Rozstrzygnięcie podań przez Radę wydziałową nastąpi z końcem września.

Z kraju.

V. Lekarski Kurs Wakacyjny w Ciechocinku. Program Kursu. Sobota, dnia 27. VIII. 1932 r. godz. 21.30. Zebranie Towarzyskie zapoznawcze w salonach Zdrojowego Klubu Towarzyskiego w nowym gmachu Państwowego Zakładu Zdrojowego (ul. Nieszawska 2, nad kawiarnią „Europa"). Niedziela, dn. 28. VIII. 1932 r. Godz. od 9—13 wykłady: 1. Godz. 9—9.40. Prof. Dr. Med. M. Franke (Lwów): „Dusznica bolesna, patogeneza, rozpoznanie i leczenie". 2. Godz. 9.50—10.30. Doc. Dr. Med. G. Szulc (W-wa): „Zakażenie i odporność w świetle najnowszych zdobyczy nauki o żywieniu". 3. Godz. 10.40—11.20. Prof. Dr. Med. W. Jakowicki (Wilno): „Granice i metody położnictwa domowego". 4. Godz. 11.30—12.10. Dr. Med. H. Kłuszyński (W-wa): „Współczesne prądy w medycynie". 5. Godz. 12.20—13.00. Wyświetlanie filmu farmaceutycznego. 6. Godz. 15.30—16.00. Zwiedzenie Parku Zdrowia — Kąpieliska Termalno-Solankowego. Prowadzi i wyjaśnień udzieli Dr. med. T. Chrapowicki, Kierownik Kąpieliska. Zwiedzenie tężni i warzelni. Wyjaśnień udzieli p. Muszyński, Kierownik warzelni. Godz. 20.00. Teatr. — Poniedziałek, dnia 29. VIII. 1932 r. Godz. 9—13 wykłady: 1. Godz. 9—9.40. Dr. Med. M. Bornsztajn (W-wa): „O współczesnych metodach leczenia nerwic". 2. Godz. 9.50—10.30. Prof. Dr. Med. J. Szymański (Wilno): „Żołzowe schorzenia oczu". 3. Godz. 10.40—11.20. Dr. Med. C. Wroczyński (W-wa): „Znaczenie zdrojowisk w sprawach medycyny zapobiegawczej". 4. Godz. 11.30—12.10. Prof. Dr. Med. J. Szmurło (Wilno): „Postępowanie lekarza praktyka wobec ropotoku usznego". 5. Godz. 12.20—13.00. Wyświetlanie filmu farmaceutycznego. 6. Godz. 15.30—16. Zwiedzanie urządzeń Zdrojowiska (basen termalny, źródła i łazienki) poprzedzone wykładem orjentacyjnym Lekarza Zdrojowego Dr. Med. W. Iwanowskiego (w sali wy-W. Iwanowskiego, Keirownicy Oddziałów: elektroleczniczego Dr.

W. Iwanowskiego Kierownicy Oddziałów: elektroleczniczego Dr. Med. Moszyński, wodoleczniczego Dr. Med. P. Rudzki i wziewalnianego Prof. Dr. Med. J. Szmurło. Zwiedzenie Ośrodka Zdrowia. Wyjaśnień udzieli Kierownik Ośrodka Dr. Med. W. Iwanowski. 7. Godz. 21. Zebranie Koleżeńskie w salonach kawiarni „Europa" w nowym gmachu Państwowego Zakładu Zdrojowego. — Wtorek, dnia 30. VIII. 1932 r. Godz. 9—12 wykłady: 1. Godz. 9—9.40. Prof. Dr. Med. M. Michałowicz (W-wa): „Wskazania i przeciwwskazania do leczenia kąpielami w wieku dziecięcym". 2. Godz. 9.50—10.30. Doc. Dr. Med. S. Kapuściński (W-wa): „Zapalenie wypryskowate skóry". 3. Godz. 10.40—11.20. Doc. Dr. Med. E. Czarnecki (Wilno): „Podstawy racjonalnego wychowania fizycznego". 4. Godz. 11.30—12.10. Doc. Dr. Med. L. Lorentowicz (W-wa): „Leczenia zachowawcze schorzeń narządów rodnych kobiety". Zamknięcie kursu. Godz. 15. Wycieczka do Torunia. — Opłata od uczestników kursu Zł. 25 — od osoby towarzyszącej Zł 15. Uczestnicy mają zapewnione bezpłatne mieszkanie w Zdrojowisku oraz 50% ulgi kolejowej w drodze powrotnej. Biuro Kwaterunkowe czynne na dworcu w dn. 27. VIII. Od 28. VIII. w Mieszkaniowem Biurze Informacyjnem wprost dworca Kolejowego.

Ze świata.

Komunikat. Międzynarodowa Liga Przeciwreumatyczna wspólnie z Ligą Francuską organizuje III Międzynarodowy Kongres Przeciwreumatyczny w Paryżu w dn. 13—15 października br. Tematem programowym dnia 13. X. jest sprawa objawów początkowych gośćca przewlekłego, drugiego dnia — gościec a gruźlica, trzeciego dnia — gościec a zawód. Poza referatami głównemi dopuszczone są komunikaty 10 minutowe. Języki urzędowe: francuski, angielski, niemiecki, esperanto. Składka członkowska wynosi 200 fr. fr. Informacyj udziela: Biuro „Ligue Internationale Contre Le Rhumatisme" Amsterdam. Keisersgracht 489, Holandja, oraz Sekretarz Generalny Kongresu Dr. M. P. Weil, 60 Rue de Londres. Paris (IX).

Zmarli:

W Santiago (Chile) zmarł w wieku 62 lat prof. dr. Rudolf Kraus, wybitny mikrobiolog i serolog. Nazwisko zmarłego uczonego związane jest z pierwszym opisem zjawiska strącania (precypitacji) w roku 1897, z badaniami nad jadowitością przecinkowców i całym szeregiem prac z zakresu mikrobiologji. R. Kraus był też redaktorem czasopism, jak: Zeitschrift für Immunitätsforschung i Seuchenbekämpfung, jako też brał udział w wydawaniu wielkich, ogólnie znanych, wielotomowych podręczników mikrobiologji i serologji. Zmarły spędził wiele lat w państwach Ameryki łacińskiej, piastując tam wysokie stanowiska.

W Innsbrucku zmarł prof. fizjologji, dr. Ludwik Haberlandt, zasłużony badacz fizjologji serca i odkrywca hormonu sercowego.

Omyłki druku.

W pracy prof. W. Gądzikiewicza w Nr. 29—30 Pol. Gaz. Lek. pt.: *Korelacja między zapadalnością na dur brzuszny i gęstością zaludnienia w okręgach m. Warszawy*, opuszczono przez omyłkę na str. 556, szpalta druga, po 14-tym wierszu z góry następujące zdanie:

Podstawiając liczby te we wzorze (3) otrzymamy:

$$z'xy = 0{\cdot}545$$

Redakcja otrzymała:

Bureau international du travail: Bibliographie d'hygiène industrielle, vol VI, nr. 2, juin 1932.

Reiss H.: O chorobie „Schamberga". Odbitka z Przeglądu Dermatologicznego, tom XXVII, nr. 1, z roku 1932.

Reiss H.: Ueber den diagnostischen Wert der zweizeitigen Tuberkulinreaktion bei Hauttuberkulose. Odbitka z czasopisma „Dermatologische Wochenschrift" Nr. 3 z roku 1932.

Slovanská Stomatologia, nr. 2.

Czasopismo El Día médico, z Buenos Aires nr. 49, z roku 1932.

Coffey R. C.: Gastro-enteroptosis.

Coffey R. C.: Cancer of the rectum and rectosigmoid.

Łysakowski St.: Przyczynek do zwężeń przełyku. Odbitka z czasopisma Gastrologja, nr. 1 z roku 1932.

Doliński Eug.: Sprawozdanie ze stanu sanitarnego M. Lwowa w roku 1931/32.